



**Mestrado em Enfermagem na**  
**Área de Especialização em Enfermagem de Saúde**  
**Infantil e Pediatria**

Relatório de Estágio

**Cuidar da Criança e Família em Pré-operatório:**  
**Intervenção de Enfermagem na Gestão do Medo**

**Marta Filipa Dias Bastos**

—

**Lisboa**

**2020**



**Mestrado em Enfermagem na  
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde  
Infantil e Pediatria**

Relatório de Estágio

**Cuidar da Criança e Família em Pré-operatório:  
Intervenção de Enfermagem na Gestão do Medo**

**Marta Filipa Dias Bastos**

---

Orientador: Professora Doutora Paula Diogo

---

**Lisboa**

**2020**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

“ O medo existe dentro de todos nós e (...) temos a obrigação de entender a criança e dar-lhe apoio, não apenas naquele momento crítico como no processo de vencer o medo. (...) É por isso que temos de encarar o medo com clareza e lucidez, e mostrar às crianças que o podem vencer.”

Mário Cordeiro, 2013, p.150

### **Agradecimentos...**

Aos meus queridos pais, por todo o amor, disponibilidade,  
motivação e apoio para alcançar mais uma etapa na  
minha vida.

Ao meu marido, pelo amor, paciência, compreensão e  
pelas palavras de incentivo nos momentos mais difíceis  
desta caminhada.

Ao meu querido filho, pela sua força de viver e energia  
que me inspiram e dão motivação.

À enfermeira chefe do meu local de trabalho e a todos os  
colegas de equipa, pelo apoio disponibilizado.

Aos enfermeiros chefes e enfermeiras orientadoras de  
estágio, pela atenção disponibilizada, pela partilha de  
conhecimentos e experiências.

À Professora Doutora Paula Diogo, pela sua  
disponibilidade e orientação exemplar.

A todas as crianças e famílias que se cruzaram no meu  
caminho formativo.

O meu sincero agradecimento.



## **LISTA DE SIGLAS**

CCF – Cuidado Centrado na Família

CNT – Cuidados Não Traumáticos

CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

DGS – Direção Geral da Saúde

DR – Diário da República

EE – Enfermeiro Especialista

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

EOT – Entubação Orotraqueal

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

OE – Ordem dos Enfermeiros

PHDA – Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV – Programa Nacional de Vacinação

RN – Recém-Nascido

RNPT – Recém-Nascido de Pré-Termo

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

TEEP - Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica

UCEN - Unidade de Cuidados Especiais Neonatais

## RESUMO

A hospitalização e a cirurgia constituem um momento crítico na vida da criança e família, potenciando a experiência de emoções negativas como o medo e podendo dar origem a experiências traumáticas, e com efeitos psicológicos duradouros para além do período pós-operatório. Devido à quebra com a sua rotina, à separação das suas figuras securizantes, à perda da sua autonomia, ao contacto com um ambiente desconhecido, com equipamento assustador e com pessoas desconhecidas, à possibilidade de lesão corporal e de dor, o bem-estar físico e psicológico da criança é afetado, verificando-se também a repercussão destes efeitos na própria família. Assim sendo, identifiquei como problemática relevante o medo da criança e família no período pré-operatório e o modo como o enfermeiro pode ajudar os mesmos, através da sua intervenção, enquanto gestor emocional.

Este relatório pretende espelhar o percurso formativo realizado, através de uma metodologia de projeto e também através da descrição e análise de forma crítica e reflexiva das atividades realizadas, e competências comuns e específicas desenvolvidas em cinco contextos de estágio, concorrentes ao grau de Mestre e a título de Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Isto foi possível através da abordagem de conceções teóricas que sustentam e justificam a intervenção de enfermagem na gestão do medo da criança, como o Cuidado Centrado na Família, a parceria, a *empowerment*, a relação enfermeiro-cliente, os Cuidados Não Traumáticos e o trabalho emocional em enfermagem pediátrica. A conceção dominante e aglutinadora dos conceitos centrais que caracterizam a enfermagem de saúde infantil e pediátrica na atualidade, é a Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson que nos refere que o cuidar envolve situações emocionalmente intensas.

Os resultados demonstram que a preparação adequada da criança e família, através de intervenções de enfermagem apropriadas ao seu nível de desenvolvimento, permitem a diminuição do medo e facilitam a interação da criança com os profissionais de saúde.

**Palavras-chave:** medo, criança, família, período pré-operatório, cuidados de enfermagem.

## **ABSTRACT**

Hospitalization and surgery are a critical moment in the life of the child and family, enhancing the experience of negative emotions such as fear and giving rise to traumatic experience, with lasting psychological effects beyond the postoperative period. Due to the break with their routine, the separation of their insurance figures, the loss of their autonomy, the contact with unknown environment, with scary equipment and with unknown people, the possibility of bodily injury and pain, physical well-being and the child's psychological condition is affected, as well as the repercussion of these effects on the family itself. Therefore, I identified the fear of the child and family in the preoperative period as a relevant issue and the way the nurse can help them, through her intervention, as an emotional manager.

This report intends to mirror the training path carried out, through a project methodology and also through the critical and reflective description and analysis of the activities carried out, and common and specific skills developed in five internship contexts, competing for the Master's degree and the Specialist in Child and Pediatric Health Nursing. This was possible through the approach of theoretical concepts that support and justify the nursing intervention in the management of child fear, such as Family Centered Care, partnership, empowerment, the nurse-client relationship, Non-Traumatic Care and work behavior in pediatric nursing. The dominant and agglutinating conception of the central concepts that characterize child health nursing today is Jean Watson's Theory of Human Care that tells us that caring involves emotionally intense situations.

The results demonstrate that the adequate preparation of the child and family, through nursing interventions appropriate to their level of development, allows the reduction of fear and facilitates the child's interaction with health professionals.

**Keywords:** fear, child, family, preoperative period, nursing care

## **ÍNDICE**

<b>INTRODUÇÃO</b>	9
<b>1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b>	11
1.1. Cuidar da criança em pré-operatório	11
1.2. Medos vividos pela criança e família	12
1.3. Intervenção de enfermagem na gestão dos medos	14
<b>2. PROBLEMÁTICA</b>	17
<b>3. METODOLOGIA</b>	18
<b>4. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS</b>	20
4.1. Unidade de Cuidados Especiais Neonatais	21
4.2. Serviço de Internamento de Pediatria Médica e Cirúrgica	24
4.3. Serviço de Urgência Pediátrica	29
4.4. Cuidados de Saúde Primários – Área da Saúde Infantil	34
4.5. Consulta do Desenvolvimento Infantil	39
<b>5. PROJETOS FUTUROS</b>	43
<b>6. CONCLUSÃO</b>	44
<b>7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	46

## **APÊNDICES**

Apêndice I – Mapa Conceptual

Apêndice II – Cronograma de estágio

Apêndice III – Guia Orientador das Atividades de Estágio

Apêndice IV – Visita Domiciliária ao Recém-Nascido Prematuro

Apêndice V – Algoritmo de atuação e planeamento de cuidados para a diminuição do medo no período pré-operatório

Apêndice VI – Procedimento de preparação para a cirurgia da criança /adolescente /família para a diminuição do medo no serviço de internamento

Apêndice VII – Kit Lúdico Terapêutico (Serviço de Internamento)

Apêndice VIII – Planeamento de Sessão de Formação em Serviço

Apêndice IX – Sessão de formação em serviço “Cuidar da criança e família em pré-operatório: intervenção de enfermagem na gestão do medo”

Apêndice X – Álbum de fotografias do circuito do bloco operatório

Apêndice XI – Estratégias dos enfermeiros de gestão do medo de acordo com a idade e desenvolvimento da criança

Apêndice XII - Procedimento de preparação para a cirurgia da criança/adolescente /família para a diminuição do medo no Serviço Urgência Pediátrica

Apêndice XIII - Kit Lúdico Terapêutico (Serviço de Urgência Pediátrica)

Apêndice XIV – Folha de Registo de intervenções de enfermagem na gestão do medo da criança/jovem e família no período pré-operatório

Apêndice XV – Poster Científico “Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: Gestão do medo da criança em contexto de cirurgia de urgência”

Apêndice XVI - Poster Científico “O medo da criança em contexto de cirurgia urgente: enfermeiro enquanto gestor emocional”

Apêndice XVII – Jornal de Aprendizagem

Apêndice XVIII – Guião de Entrevista Semiestruturada

## **ANEXOS**

Anexo I – Declaração de formador de Formação em Serviço

Anexo II – Certificado de apresentação de Poster Científico nas 2<sup>as</sup> Jornadas Emoções em Saúde

Anexo III – Certificado de participação nas 2<sup>as</sup> Jornadas “Emoções em Saúde”

Anexo IV – Documento comprovativo de adiamento de apresentação de Poster Científico nas Jornadas de Urgência / Emergência em Pediatria: Cuidar de Excelência

## INTRODUÇÃO

Este relatório surge na sequência da Unidade Curricular Estágio com Relatório, integrada no 10.º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, no qual se pretende a elaboração de um trabalho escrito que analisa criticamente o percurso formativo para a aquisição de competências comuns e específicas como futura Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP). Relativamente às competências específicas do EEESIP, que me proponho desenvolver, são as preconizadas: “Assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; Cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; Prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (Regulamento nº422/2018, Regulamento de Competências Específicas do EEESIP, Diário da República, p.19192).

Pode-se referir que o enfermeiro especialista, através da sua prática de cuidados avançada pretende acrescentar enfermagem à enfermagem, apresentando-se com uma disciplinar prática (que se centra no cliente/família com uma perspetiva holística), assente em pilares que devem ser transversais a qualquer enfermagem no mundo: conhecimento, disciplina, formação, investigação, reflexão, prática baseada na evidência, liderança e implementação da mudança (Almeida & Coelho, 2010).

De acordo com a minha prática profissional, enquanto enfermeira de bloco operatório, deparo-me frequentemente com crianças e suas famílias com medo da cirurgia. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2011), “a hospitalização e a cirurgia da criança/família são potenciadores de ansiedade e exacerbadores de medos e de ideias pré-concebidas, quer tratando-se da criança/adolescente, quer da sua família, podendo resultar numa experiência traumática para a criança, com efeitos psicológicos persistentes” (p.11). A problemática da cirurgia e hospitalização vivenciadas pela criança e família é de grande interesse pessoal e profissional, pelo que, através deste percurso formativo foi possível expandir o meu conhecimento teórico e aplicá-lo na prática de cuidados de enfermagem para dar resposta a este momento de crise emocional na vida da criança e família, sendo o medo uma das emoções negativas e perturbadoras mais evidente no período pré-operatório.

Para a elaboração deste relatório foi realizada pesquisa bibliográfica e análise de documentos orientadores e normativos da profissão. As concepções teóricas que serão abordadas e que servirão não só como base de sustentação teórica para a elaboração deste trabalho, mas também para enquadrar a intervenção de enfermagem na gestão do medo da criança, são as seguintes: Cuidados Não Traumáticos (CNT), parceria, *empowerment*, relação enfermeiro-cliente, Cuidado Centrado na Família (CCF) e trabalho emocional em enfermagem pediátrica (modelo TEEP). Neste caso concreto é essencial cuidar emocionalmente da criança e sua família, sendo este foco principal dos cuidados de enfermagem (Watson, 2012; Diogo, 2015, 2019). Para que a enfermagem assuma o verdadeiro sentido do cuidar, é importante que a dimensão relacional entre o enfermeiro e o cliente não seja descurada, ou seja, para que os cuidados sejam humanizados há que direcioná-los para as necessidades particulares e únicas de cada cliente. Desta forma, é através da Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson que encontrei a minha orientação teórica dominante, constituindo uma referência atual na enfermagem (pediátrica).

Este trabalho está estruturado em seis capítulos. O primeiro corresponde ao enquadramento teórico, onde está descrito o referencial teórico e filosofia de cuidados que sustentaram o percurso formativo realizado. No segundo capítulo está descrita a problemática. O terceiro capítulo refere-se à metodologia que orientou a elaboração deste relatório. O quarto capítulo refere-se ao percurso de desenvolvimento de competências nos diferentes contextos de estágio. O quinto capítulo sugere projetos futuros e no último capítulo encontra-se a conclusão deste relatório.

## **1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL**

### **1.1. Cuidar da criança em pré-operatório**

A prática da enfermagem tem como principal objetivo o cuidar humanizado e holístico. Através da sua vertente humanista e holística, a arte de cuidar exige o envolvimento não só de saberes teóricos, mas também de competências afetivas. Assim sendo, “o cuidar é perspectivado como um processo relacional que implica a perceção da experiência humana no processo de saúde-doença” (Diogo, 2017, p.47). Além disso, para que a enfermagem assuma o verdadeiro sentido do cuidar, é importante que a dimensão relacional não seja descurada, ou seja, para que os cuidados sejam humanizados há que direcioná-los para as necessidades particulares e únicas de cada cliente, só assim “os cuidados prestados pelos enfermeiros são humanizados e afetivos, com intervenções que minimizem o desconforto e o sofrimento físico e emocional” (Diogo, 2017, p. 72).

Segundo Watson (2012), na área da pediatria é essencial cuidar emocionalmente da criança e sua família, sendo este um foco principal dos cuidados de enfermagem. Assim sendo, em enfermagem pediátrica a família constitui uma referência fundamental num sistema de prestação de cuidados que se pretende mais humanizado, refletindo-se no respeito pela sua dignidade, individualidade e integridade. É através dos Cuidados Centrados na Pessoa e Família, que é proporcionada uma diminuição da tensão e stress emocional, sendo minimizados os efeitos negativos da hospitalização, maximizando os seus benefícios, garantindo o planeamento e a preparação para a alta e otimizando o conforto e apoio à criança/família (Hockenberry & Wilson, 2014). Em pediatria, para além da otimização do bem-estar da criança, este só é possível com o envolvimento da família, pois a díade criança/família constitui o eixo dos cuidados, numa lógica de cuidar tendo em conta não só a singularidade da criança e da família, mas também as múltiplas dimensões do Cuidar Humano (Watson, 2002, 2005, 2012).

É importante referir que os cuidados de enfermagem devem ser mais do que a prestação de cuidados físicos e o conhecimento sobre doenças e intervenções cirúrgicas, tendo também como foco de atenção as necessidades emocionais e



sociais da criança, utilizando técnicas adequadas de comunicação e relacionamento (Schmitz *et al.*, 2003).

Relativamente ao período pré-operatório, a cirurgia apresenta-se como um momento de crise na vida da criança e da sua família. Isto por causa da alteração das suas rotinas, através do contacto com um ambiente desconhecido, a separação da criança das suas figuras securizantes, possíveis implicações de lesão corporal e perda de autonomia, alterando deste modo o seu bem-estar físico e psicológico, repercutindo-se estes efeitos também na família (Oliveira *et al.*, 2018).

Deste modo, segundo Diogo (2015, 2017) a admissão de uma criança e família para cirurgia exige por parte do enfermeiro um conjunto de conhecimentos e competências, que vão desde os conhecimentos científicos sobre as necessidades da criança decorrentes do processo de crescimento e desenvolvimento, até ao conhecimento das repercussões da doença, da hospitalização e da cirurgia para a criança e família e gestão emocional destes processos – o Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica (TEEP). É através do TEEP que o enfermeiro não só ajuda a criança e a sua família a gerir as emoções, transformando positivamente a experiência emocional, o relacionamento e o próprio o cuidar, promovendo o alívio do sofrimento, mas também mobiliza recursos internos que ajudam o profissional a evitar a exaustão emocional, promovendo igualmente o seu próprio bem-estar emocional (Diogo, 2015, 2019). A mesma autora defende que há uma tripla centralidade entre o enfermeiro, o cliente e a relação enfermeiro - cliente.

Assim, para que a criança se mantenha como sujeito ativo, durante a hospitalização, é necessário que esta tenha conhecimento prévio dos procedimentos que serão efetuados, devendo a informação ser dada de acordo com o seu desenvolvimento cognitivo e emocional.

## **1.2. Medos vividos pela criança e família**

Durante a infância, os processos de saúde-doença caracterizam-se por experiências de medo, associadas ao desconhecido, ao sofrimento, à dor e também às vivências relativas ao estágio de desenvolvimento da criança (Diogo *et al.*, 2016).

De acordo com os mesmos autores, o medo é, em sentido lato, um estado emocional caracterizado por sensações desagradáveis, de apreensão ou tensão,

sempre acompanhado por reações fisiológicas intensas. O medo constitui uma das seis famílias das emoções, primárias ou universais, identificadas por Damásio (2001). O medo agrupa ainda tonalidades emocionais como: ansiedade, apreensão, nervosismo, preocupação, consternação, receio, precaução, aflição, desconfiança, pavor, horror, terror e, como psicopatologia, fobia e pânico. Ainda segundo Damásio (2017, p.157), “as emoções negativas estão associadas a estados fisiológicos distintos, todos eles problemáticos do ponto de vista da saúde e do bem-estar futuros”. Existem associados à hospitalização um conjunto de stressores que podem ser intensificados pelas vivências do medo por parte da criança e família face à mesma (Sanders, 2014; Hockenberry & Wilson, 2014). A hospitalização é considerada, pela criança, um período de stress no qual esta experiencia o medo por estar na presença de um ambiente desconhecido, com a qual há um rompimento da sua rotina, com a introdução de restrições, sejam do foro alimentar, imobilizações ou instrumentos e máquinas desconhecidas, das quais os próprios pais não as conseguem defender e proteger (Jorge, 2004). Face aos medos que advém da hospitalização, a criança apresenta um número limitado de mecanismos de coping para lidar com os stressores, necessitando de apoio externo (familiares, profissionais de saúde), para ultrapassar este momento de crise (Hockenberry & Wilson, 2014).

Segundo Diogo *et al.* (2016), as crianças percecionam o medo como uma ameaça, pois têm medo de não serem informados relativamente ao seu prognóstico e à hospitalização, apresentam medo dos médicos e dos enfermeiros porque os associam a situações dolorosas, como a dor, injeções e análises clínicas.

De acordo com o estágio de desenvolvimento, as crianças na idade pré-escolar estão menos capacitadas para lidar com a separação dos pais, demonstrando comportamentos de recusa alimentar, recusa em dormir, questionamento sobre a ausência e regresso dos pais, agressão para com as outras crianças e brinquedos. As crianças em idade escolar também apresentam medo da separação dos pais, do ambiente desconhecido, dos procedimentos e de serem vigiadas. (Hockenberry & Wilson, 2014). Segundo os mesmos autores, relativamente aos adolescentes, estes demonstram medo da perda de contacto com o grupo de amigos e consequente perda de status no grupo de pertença. Aquando da hospitalização da criança submetida a cirurgia, os medos característicos decorrentes do seu estágio de desenvolvimento podem ser exacerbados, pelo que é

indispensável que a equipa de enfermagem esteja sensibilizada para os identificar e intervir na sua gestão, desenvolvendo estratégias para com a mesma (OE, 2011). Ora, perante estes medos considerados normais, cabe ao enfermeiro desenvolver estratégias de modo a promover à criança e família um cuidado humanizado, identificando e compreendendo os principais comportamentos esperados aquando da experiência de hospitalização para cirurgia de acordo com o seu estágio de desenvolvimento (Diogo *et al.*, 2016).

De acordo com Oliveira *et al.* (2005, p. 202) “a cirurgia é por si só, potenciadora de ansiedade e exacerbadora de medos e ideias pré-concebidas, tanto para as crianças como para os adultos”.

A Ordem dos Enfermeiros, através do Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (2011), no capítulo referente à Diminuição do Medo da Cirurgia, sublinha que “a hospitalização e a cirurgia da criança/família são potenciadores de ansiedade e exacerbadores de medos e de ideias pré-concebidas, quer tratando-se da criança/adolescente, quer da sua família, podendo resultar numa experiência traumática para a criança, com efeitos psicológicos persistentes” (p.11). O medo, como uma reação primária, vivenciada pela criança pode conduzir a alterações a nível psicológico, emocional, cognitivo, social e persistir para além do período pós-operatório (Pereira *et al.*, 2010).

### **1.3. Intervenções de enfermagem na gestão dos medos**

Os medos normais da criança, em cada estágio de desenvolvimento, podem ficar exacerbados, o que requer uma atenção particular por parte dos profissionais (OE, 2011). A cirurgia consiste num acontecimento crítico na vida de qualquer pessoa e que se torna especialmente complexo na criança, devido à sua vulnerabilidade (Risso & Braga, 2010). Esta complexidade deve-se ao facto da criança apresentar um número limitado de mecanismos de coping, mas também devido ao seu estágio de desenvolvimento, pois pode não estar preparada para compreender e lidar emocionalmente com esta experiência. Segundo Furtado e Lima (1999), proporcionar certas condições como um ambiente acolhedor, a presença de familiares, a disponibilidade afetiva dos profissionais, a informação sobre a doença e o tratamento, o respeito pelas individualidades de cada criança e

atividades recreativas podem suavizar os malefícios de uma hospitalização. A presença da família, geralmente promove e mantém a interação criança/família/equipa, minimizando os efeitos negativos decorrentes da separação, maximizando a sua adaptação à situação de doença e hospitalização; facilita a aceitação dos procedimentos e ameniza stressores associados à doença, aos procedimentos e à hospitalização” (Diogo *et al.*, 2016, p.51). Segundo os mesmos autores, o trabalho emocional em enfermagem pediátrica é composto por intervenções de enfermagem caracterizadas por: promover um ambiente seguro e afetivo; nutrir os cuidados com afeto; facilitar a gestão das emoções do cliente; construir a estabilidade na relação enfermeiro-cliente e regular a própria disposição emocional do enfermeiro para cuidar (Diogo, 2015, 2017). Isto é possível através da competência emocional do próprio enfermeiro, que apresenta a capacidade para lidar com as emoções do cliente e também de gerir as suas próprias emoções.

Ora a preparação para a cirurgia, enquanto intervenção autónoma de enfermagem, inserida num contexto de atuação multidisciplinar, em que o enfermeiro assume a responsabilidade pela prescrição e implementação de um conjunto de técnicas, proporciona a aquisição de estratégias para lidar ou enfrentar uma situação desconhecida, constitui-se como a forma mais adequada de atenuar a emocionalidade excessiva, diminuir a ansiedade e desmistificar medos (OE, 2011), adotando uma dinâmica de cuidados centrados na família. A família apresenta-se como referência fundamental num sistema de prestação de cuidados que se pretende mais humanizado, refletindo-se no respeito pela sua dignidade, individualidade e integridade. Segundo Smith *et al.* (2006, p.78), os CCF têm como alvo de cuidados a criança e família e baseiam-se no “suporte profissional à criança e família através de um processo de envolvimento, participação e parceria, alicerçados na capacitação das famílias e na negociação dos cuidados”.

De acordo com Pedro (2009), o reconhecimento do papel fundamental da Família na vida da Criança, visa fornecer apoio profissional à Criança e Família através do envolvimento, participação e parceria, alicerçados pela capacitação das Famílias e pela negociação. As suas forças e capacidades são reconhecidas, enaltecidas e valorizadas no planeamento e prestação de cuidados, passando de espetadora passiva a coadjuvante e integrada no tratamento, recebendo orientação e sendo treinada para participar nele. Deste modo, ao reconhecer a família como constante

na vida da criança, está a ser facilitada a colaboração entre os pais/cuidador e o enfermeiro, em todos os níveis de cuidados de saúde (Institute for Patient and Family-Centered Care, 2017). Assim sendo, os enfermeiros privilegiam o envolvimento e a presença dos pais num processo de parceria e de cuidado humanizado e afetivo, com intervenções que minimizam o desconforto e o sofrimento físico e emocional, destacando o recurso a estratégias de humanização e cuidados não traumáticos.

Os enfermeiros ajudam a gerir os medos (são gestores emocionais) não só através de estratégias confortantes, calmas e de lazer, tais como a distração, o jogo e a música, mas também através do afeto, do carinho, da simpatia, do sorriso, da confiança, da positividade, da compreensão empática e do humor (Diogo *et al.*, 2016). Logo, a gestão da emocionalidade através da intervenção de enfermagem irá possibilitar a diminuição do medo. Deste modo, o enfermeiro enquanto elemento da equipa multidisciplinar apresenta um papel dinamizador no processo de preparação para a cirurgia, possibilitando à criança e família a aquisição de competências para lidar com esta situação específica, sendo que é este profissional que tem um papel privilegiado para promover e intervir na diminuição do medo da criança e família antes da cirurgia (Oliveira *et al.*, 2005; OE, 2011).

De acordo com Santos (2014), a criança submetida a um programa de preparação para a cirurgia compreende melhor a informação transmitida (gestão recíproca das emoções e da informação), aceita mais facilmente as restrições relacionadas com a cirurgia, o medo e a ansiedade têm uma evidência menor e demonstram mais tranquilidade quando entram no bloco operatório.

É importante referir que os conceitos abordados estão representados e articulados no Mapa Conceptual que se encontra em anexo (Apêndice I).

## **2. PROBLEMÁTICA**

As problemáticas em saúde podem advir de diversas fontes, como contextos clínicos, observações, trabalhos publicados, problemas sociais, conferências sobre os resultados de investigação, teorias, modelos conceptuais ou das prioridades estabelecidas pelos grupos científicos e profissionais (Fortin, 2009). De acordo com Mace & Pétry (2000), citado por Fortin (2009), existe uma problemática quando ocorre um desvio entre uma situação desejável e uma situação considerada insatisfatória. Segundo o princípio vinculativo n.º8 da Carta da Criança Hospitalizada (2009) “A equipa de saúde deve ter a formação adequada para responder às necessidades psicológicas e emocionais da criança e família”. Deste modo, os Enfermeiros almejam salvaguardar os direitos da Criança, tendo em conta as necessidades emocionais da criança e família, e procuram adequar a informação a transmitir, dar todo o suporte emocional necessário bem como transmitir segurança para alívio do medo sentido pelas mesmas.

De acordo com a minha prática profissional, no meu local de trabalho identifiquei como problemática o medo da criança no período pré-operatório e a dificuldade que a equipa de enfermagem apresenta em lidar com esta situação. Tendo em conta este pressuposto, pretendo dar o meu contributo para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, no hospital onde exerço funções atualmente, tendo como foco o cliente pediátrico e a sua família, e o modo como poderei intervir para facilitar a gestão do medo sentido pelos mesmos.

Assim sendo, pretendo implementar intervenções de enfermagem que ajudem a criança e sua família na gestão do medo sentido no período pré-operatório e, deste modo, proporcionar uma melhoria contínua na qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao cliente pediátrico e respetiva família. Estas intervenções serão implementadas e realizadas não só pela equipa de enfermagem do bloco operatório, mas também a nível das equipas de enfermeiros do serviço de internamento de pediatria e do serviço de urgência pediátrica.

### 3. METODOLOGIA

A Metodologia de Projeto foi a escolhida para estudar o problema atrás mencionado. Este tipo de metodologia baseia-se numa pesquisa centrada num problema real identificado e na implementação de intervenções eficazes para a sua resolução. Pode-se dizer que a pesquisa, análise e resolução de problemas reais do contexto foram impulsionadoras de uma prática alicerçada em evidência (Freitas, 2010). Segundo a mesma fonte, um projeto pode ser definido como um plano de trabalho que se elabora principalmente para analisar e resolver um problema reconhecido. A metodologia de Projeto divide-se em cinco etapas, sendo essas: diagnóstico da situação, definição dos objetivos, planeamento, execução e avaliação e divulgação dos resultados, através da elaboração de um relatório (Freitas, 2010). As primeiras três etapas foram realizadas no decorrer do semestre anterior, onde foi elaborado um projeto de estágio com o principal objetivo de planear o percurso formativo tendo em vista o desenvolvimento de competências comuns e específicas de enfermeiro especialista preconizadas pela OE, que me possibilitarão ser uma futura EEESIP. Desta forma, defini objetivos gerais, objetivos específicos, bem como as atividades a realizar para atingir os mesmos, nos diferentes contextos de estágio preconizados pelo Colégio de Especialidade da Ordem dos Enfermeiros, durante 18 semanas, com vista a adquirir as competências necessárias para me tornar numa EEESIP e também para a obtenção do grau de Mestre.

A quarta etapa foi realizada durante os estágios clínicos, sendo estes, momentos únicos de observação, intervenção e execução do projeto, com o objetivo de desenvolver capacidades, atitudes e competências (Alarcão & Rua, 2005).

A quinta etapa é concretizada através da elaboração deste relatório, a partir do qual será feita a avaliação e divulgação dos resultados.

É de salientar que nos vários contextos da prática clínica, fui a principal responsável pela minha própria formação, não obstante a orientação por enfermeiros especialistas e docente, sendo o que se pretende a este nível de desenvolvimento profissional.

Importa referir que de forma transversal ao percurso, o foco também foi dado à aprendizagem experiencial (Kolb, 1984), ou seja, à aprendizagem resultante da reorganização e reconstrução da minha própria experiência, num processo contínuo

de crescimento e desenvolvimento, e igualmente à prática reflexiva (Schön, 1987), que deve regular a ação e ser geradora de conhecimentos. Deste modo, a minha prática de cuidados à criança e família foi sustentada por uma prática reflexiva, sendo esta uma premissa indispensável para o desenvolvimento de profissionais autónomos e críticos, auto conscientes e com atitudes reflexivas pré, pós e na ação (Peixoto & Peixoto, 2016).



#### **4. PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS**

Neste capítulo irei apresentar, analisar e refletir sobre o percurso formativo e o modo como desenvolvi competências de Enfermeira Especialista nos diferentes contextos de estágio. De acordo com a OE “o conjunto de competências especializadas decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais e concretiza-se, em competências comuns e em competências específicas de cada área de especialidade” (Regulamento nº140/2019, 2019, Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Diário da República, 2019. p.4745). Torna-se importante a formação contínua para o desenvolvimento profissional de modo a promover a qualidade na prestação de cuidados de enfermagem. Relativamente aos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, “os EEESIP, distinguem-se pelo desenvolvimento de competências técnicas e/ou relacionais, de forma a cuidar da criança/jovem em situação de doença bem como da criança/jovem saudável, quando a família não possua as competências e/ou capacidades para um resultado eficaz” (O.E., 2017, p. 5).

Assim sendo, este estágio foi planeado de acordo com as minhas necessidades individuais de aprendizagem, com os objetivos do curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria e também pelos critérios definidos pela OE para a aquisição de competências de EEESIP. Este percurso formativo decorreu em 18 semanas, em 5 diferentes contextos da prática clínica, de acordo com o Cronograma de Estágio realizado (Apêndice II).

É importante referir que para cada contexto de estágio foi elaborado um Guia Orientador das Atividades de Estágio (Apêndice III), no qual foram definidos objetivos e atividades a realizar de modo a desenvolver as competências gerais e específicas de EEESIP, e o mesmo foi discutido com os Enfermeiros especialistas orientadores e Professora orientadora.

O estágio decorreu nos seguintes contextos: Unidade de Cuidados Especiais Neonatais, Serviço de Internamento de Pediatria Médica e Cirúrgica, Serviço de Urgência Pediátrica, Centro de Saúde - Área da Saúde Infantil e no Serviço de Consulta Externa - Consulta do Desenvolvimento Infantil. A escolha dos contextos

de estágio possibilitou não só desenvolver as competências de EE, mas também possibilitar a compreensão da problemática referida anteriormente e a nossa intervenção para dar resposta enquanto futura EEESIP, contribuindo para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados a nível do meu local de trabalho.

Os objetivos gerais delineados para este percurso formativo, almejando o desenvolvimento de competências de EEESIP, foram os seguintes:

- ✓ Desenvolver competências de EEESIP no âmbito do cuidar da criança ao longo dos seus estádios de desenvolvimento nos diferentes contextos da prática;
- ✓ Desenvolver competências no âmbito da gestão do medo no processo de cuidados à criança e família no período pré-operatório.

#### **4.1. Unidade de Cuidados Especiais Neonatais**

O primeiro estágio decorreu de 23 de setembro a 20 de outubro de 2019, com a duração de 4 semanas e com uma carga horária total de 98 horas (Apêndice II).

Para este estágio foram propostos os seguintes objetivos específicos:

- Compreender a estrutura física e a dinâmica do serviço;
- Identificar os projetos e programas em desenvolvimento no serviço;
- Desenvolver a capacidade de comunicação com a família do Recém-Nascido (RN) de acordo com as suas características;
- Promover a parentalidade nos processos de saúde-doença;
- Gerir a dor com recurso aos cuidados não traumáticos;
- Cuidar do RN e família nos processos de gestão do medo inerente à hospitalização e a procedimentos invasivos.

Esta unidade está fisicamente dividida em 2 salas, sendo que na primeira sala existem 4 incubadoras e na segunda sala existem 5 berços. Este serviço está direcionado não só para a prestação de cuidados ao recém-nascido pré-termo (RNPT) a partir das 32 semanas de vida, mas também a RN com Apgar baixo à nascença, com má adaptação ao meio extrauterino, com malformações, com necessidade de treino de alimentação, com risco infeccioso por parte da mãe e a todos os RN com complicações até aos 28 dias de vida (icterícia, infeções). Entenda-se como RNPT aquele que nasce com idade gestacional inferior a 37 semanas (Hockenberry & Wilson, 2014).

A incidência da prematuridade tem vindo a aumentar nos últimos anos e como tal, cabe aos enfermeiros estarem atentos e atuarem de modo a garantir cuidados de enfermagem de qualidade tanto ao RN como aos seus pais (Machado, 2011).

Na Unidade de Cuidados Especiais Neonatais (UCEN) tive a oportunidade de contactar diretamente com RNPT e com toda a especificidade envolvente desta área tão particular, mas também com as emoções negativas, entre estas, o medo dos pais que têm os seus RN internados no referido serviço. O internamento do RN na UCEN é uma experiência difícil e desafiadora para os pais. É uma experiência profundamente emocional e geradora de medos: medo da doença, medo do desconhecido, medo do próprio ambiente aparatoso da UCEN e o medo sentido devido à incerteza relativa ao futuro do RN, relacionado com a sua evolução clínica e a sua própria sobrevivência (Veronez, 2017).

Deste modo, a comunicação e o esclarecimento de dúvidas entre os enfermeiros e os pais é fundamental na expressão de sentimentos, emoções e na diminuição da ansiedade e do medo (Fernandes, 2014). Um bom relacionamento entre os pais e a equipa de enfermagem é essencial para incentivar o vínculo afetivo e a permanência dos pais na unidade durante o período de hospitalização dos seus filhos (Veronez, 2017). Também Watson (2012) refere que a ciência do cuidar não pode permanecer desligada das emoções, sendo a base da autenticidade e honestidade do cuidar. Deste modo, o envolvimento dos pais enquanto parceiros no cuidar é muito importante no processo de desenvolvimento do RN, na promoção da vinculação e das competências parentais (Fernandes, 2014). Como futura EEESIP foi neste contexto que comecei a transformar as minhas competências.

Depois de realizada pesquisa mais atualizada sobre os cuidados de enfermagem a prestar ao RNPT, e depois de observar a enfermeira orientadora na prestação de cuidados e de esclarecer algumas dúvidas, sentimo-nos preparadas para colaborar na prestação de cuidados a estes utentes tão específicos, nunca esquecendo o envolvimento da sua família. Prestei cuidados de enfermagem individualizados a cada RN, dependendo da sua situação clínica, respeitando os seus ciclos de sono e repouso, manipulando-os o mínimo possível, posicionando-os de forma adequada, promovendo o seu conforto, tendo em conta também a manutenção do ambiente calmo, acolhedor e com pouco ruído e luminosidade. Aquando da realização de procedimentos dolorosos, utilizamos estratégias não farmacológicas para o alívio da

dor, como a sucção não nutritiva, a administração oral de solução de sacarose, o embalo e a massagem (Hockenberry & Wilson, 2014; OE, 2013). Estas experiências de cuidar foram promotoras das competências E2.2., E2.2.2., E2.2.3.

Segundo Fernandes (2014), “cabe ao enfermeiro intervir na promoção da relação entre os pais e o RN como forma de diminuir a ansiedade por parte dos mesmos, e potenciar o crescimento e o desenvolvimento saudável e equilibrado de todas as dimensões, tanto psicológicas, sociais e espirituais, do RN” (p.48). De acordo com a O.E. (2017) a família é um contexto inerente à criança e como tal os cuidados de enfermagem implicam o estabelecimento de uma comunicação efetiva, tendo em conta intervenções a nível de envolvimento, participação, parceria de cuidados, capacitação e negociação dos cuidados. Durante todo o estágio acompanhamos os pais na prestação de cuidados ao RN, esclarecemos dúvidas e fornecemos orientações antecipatórias no exercício da parentalidade. Estas experiências contribuíram para o desenvolvimento da competência E3.2. Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido doente ou com necessidades especiais, utilizando estratégias promotoras de esperança realista (E3.2.3.), utilizando estratégias para promover o contacto físico pais/RN (E3.2.4.), promovendo a amamentação (E3.2.5.) e negociando o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao RN (E3.2.6.), sempre que a condição clínica destes o permitia.

De modo a dar resposta às dúvidas mais frequentes dos pais, como forma de diminuição dos seus medos, e de forma a poder participar e dar o nosso contributo no projeto Visita Domiciliária da equipa de enfermagem da UCEN, elaborei um pequeno livro informativo intitulado de “Visita Domiciliária ao Recém-nascido Prematuro” (Apêndice IV) a ser entregue aos pais, aquando da visita domiciliária ao RNPT. Para mim foi muito importante e gratificante poder participar num projeto da equipa de enfermagem, mas também poder dar uma ferramenta aos pais para a diminuição dos seus medos, reforçando a concretização dos objetivos específicos delineados para este estágio.

#### **4.2. Serviço de Internamento de Pediatria Médica e Cirúrgica**

O segundo estágio decorreu de 21 de outubro a 24 de novembro de 2019, com a duração de 5 semanas e com uma carga horária total de 120 horas (Apêndice II).

Para este estágio foram propostos os seguintes objetivos específicos:

- Compreender a estrutura física e a dinâmica do serviço;
- Identificar os projetos e programas em desenvolvimento no serviço;
- Prestar cuidados à criança/jovem e família, tendo em conta o processo de saúde-doença;
- Cuidar do utente pediátrico e família nos processos de gestão do medo inerentes à hospitalização, procedimentos invasivos ou preparação para cirurgia eletiva;
- Desenvolver estratégias de diminuição do medo na interação com o cliente pediátrico em contexto de internamento.

Este serviço está direcionado para prestação de cuidados a crianças desde o 1 mês de idade até aos 17 anos e 364 dias, com necessidade de internamento médico, situação de internamento pré e pós-operatório e Hospital de dia.

A escolha deste serviço para a realização do estágio clínico sustentou-se, não só no facto de estar integrado no hospital onde exerço funções, fazendo parte do circuito pré operatório da criança intervencionada no bloco operatório, mas também permitindo-me ter conhecimento do que é realizado no serviço de internamento, em termos de intervenção de enfermagem, aquando da espera pela chamada ao bloco operatório e a forma como eu poderia intervir a nível da gestão do medo no período pré operatório sentido pelo cliente pediátrico e sua família. Para além disto, também me possibilitou prestar cuidados de enfermagem ao cliente com patologias do foro médico e cirúrgico, permitindo um amplo leque de aprendizagens e experiências.

Felizmente cuidar da criança hospitalizada sofreu um processo de modificação ao longo dos anos, sendo inerente à Enfermagem Pediátrica cuidados não traumáticos, cuidados centrados na família e parceria de cuidados. Quer isto dizer que a criança como ser vulnerável necessita de um acompanhamento permanente por parte da sua família ou cuidador de referência (Santos, 2014). Aquando da hospitalização, a presença constante da família permite à criança diminuir os traumas psicológicos e emocionais inerentes ao internamento e que podem influenciar negativamente o desenvolvimento da mesma (Portela & Graveto,

2011). Deste modo, cuidar em pediatria significa valorizar e reconhecer a família como parte integrante da equipa multidisciplinar. Ao se estabelecer uma relação de parceria com a família nos cuidados à criança, permite que estes sejam prestados de forma holística e personalizada, em todo o processo de tratamento e cura (Santos, 2014). Mas também possibilita a continuidade da integridade emocional da família (Diogo, 2015, 2019). De acordo com a mesma autora, o modelo TEEP, integra os princípios dos CCF e dos CNT em Enfermagem Pediátrica, transformando as situações negativas, em experiências positivas e de crescimento pessoal, contribuindo para um cuidado humanizado e holístico (Diogo, 2017).

O internamento do cliente pediátrico neste serviço realiza-se por situação de doença aguda ou por necessidade de cirurgia. Para as crianças a hospitalização é uma fase geradora de stress devido à quebra da sua rotina, à separação, ao próprio ambiente hospitalar que lhe é desconhecido, profissionais de saúde desconhecidos e geradora de medos, do sofrimento, de procedimentos dolorosos, lesão corporal e perda de controlo (Diogo, 2017; Hockenberry & Wilson, 2014). De acordo com Diogo (2017), os stressores inerentes à hospitalização relacionam-se diretamente com os medos e que podem originar no cliente pediátrico experiências negativas, cujas repercussões adversas são determinadas pela duração do internamento, o número de internamentos anteriores, número de procedimentos invasivos e a ansiedade dos próprios cuidadores.

Assim sendo, é fundamental a primeira abordagem à criança e família, sendo crucial o acolhimento no serviço de internamento. O acolhimento envolve ser recebido com um sorriso, beneficiar de um cuidado personalizado, em que o cliente seja chamado pelo nome, para que se sinta à vontade para exprimir as suas expectativas, receios e dificuldades (Hesbeen, 2000). Se o cliente pediátrico e família se sentirem realmente acolhidos, irão sentir-se mais à vontade para colocar as suas dúvidas relativas à doença, ao serviço, aos procedimentos e assim sentirem-se mais calmos e colaborantes em relação aos cuidados e procedimentos (Brito, 2006). Também de acordo com Diogo (2017), promover um ambiente seguro e afetuoso possibilita o alívio do sofrimento e desenvolve o bem-estar. Neste sentido, realizei o acolhimento das crianças/jovens e respetivas famílias, apresentado o serviço, os profissionais, entregando o guia de acolhimento existente no serviço e

demonstrando estar disponível para responder a todas as questões colocadas de modo a esclarecer dúvidas apresentadas e também como forma de atenuar o medo.

Neste campo de estágio prestei cuidados de enfermagem personalizados, dirigidos às necessidades apresentadas pela cliente pediátrico com doença crônica. Esta doença provoca alteração nas rotinas diárias da criança/jovem e família devido aos tratamentos e hospitalizações frequentes. As limitações físicas, alimentares e de socialização são uma realidade, bem como a doença e os efeitos secundários dos medicamentos (Barros, 2003). A doença crônica apresenta consequências no normal funcionamento da família, exigindo responsabilidades e preocupações adicionais (Hockenberry & Wilson, 2014). De acordo com Diogo (2017), o enfermeiro deve de “mobilizar competências (...) dar suporte e tranquilidade, delicadeza e amabilidade, simpatia, animar, usar o humor, ter paciência, aliviar o sofrimento, conhecer a pessoa e ajudar a resolver os seus problemas”. Durante o decorrer deste estágio tentei sempre valorizar e promover o desempenho das competências parentais incentivando e acompanhando a sua participação nos cuidados à criança, na medida em que pais confiantes, informados e envolvidos nos cuidados serão menos ansiosos e mais colaborantes, promovendo um ambiente favorável a um cuidado não traumático (Hockenberry & Wilson, 2014). Assim sendo, prestar cuidados à criança com doença crônica e respetiva família foram promotoras do desenvolvimento das competências E1.1.1., E1.1.2., E1.1.3., E1.1.4., E1.1.5.

Neste contexto de ensino clínico também prestei cuidados de enfermagem à criança e família submetida a cirurgia. É importante referir que a necessidade de uma intervenção cirúrgica é sempre um acontecimento que perturba a dinâmica familiar e todos os seus membros (Jorge, 2004). Deste modo, e de forma a dar resposta ao tema central deste relatório, foi neste contexto que realizei uma proposta de um Algoritmo de atuação e planeamento de cuidados para a diminuição do medo no período pré-operatório (Apêndice V), elaborei um procedimento de serviço intitulado “Procedimento de preparação para a cirurgia da criança/adolescente/família para a diminuição do medo no serviço de internamento” (Apêndice VI), elaborei um Kit Lúdico-Terapêutico (Apêndice VII), realizei um planeamento de uma sessão de formação em serviço (Apêndice VIII) e apresentei a respetiva sessão de formação à equipa de enfermagem sobre a “Cuidar da criança e família em pré-operatório: intervenção de enfermagem na gestão do medo”

(Apêndice IX), da qual obtive uma declaração de formador (Anexo I). Foi através da realização destas atividades que coloquei em prática intervenções de enfermagem que beneficiam as crianças e suas famílias na diminuição do medo, mas também foi possível desenvolver competências como futura EEESIP, como por exemplo: E3.3; E3.3.1; E3.3.3; E3.4.1. Mas também o desenvolvimento de competências comuns de EE, sendo essas: D2.1; D2.1; D.2.1.1; D.2.1.2., D2.1.4; D2.2.

Relativamente ao Kit lúdico-terapêutico, este favorece o exercício da brincadeira lúdica com a criança e com os pais, permitindo a aquisição de mecanismos de adaptação ao medo, ansiedade e dor, potencialmente presentes no período pré-operatório (Ordem dos Enfermeiros, 2011). Através deste Kit foi possível permitir à criança e família visualizar e manipular alguns dos materiais com os quais iriam contactar no bloco operatório, visualizar um álbum de fotografias do circuito do bloco operatório (Apêndice X) para que este não fosse um local totalmente desconhecido e promover o brincar terapêutico. De acordo com Diogo (2019), brincar é um instrumento terapêutico importante, pois consiste num meio que favorece o bem-estar das crianças e quando utilizado de modo intencional promove a adaptação a e aprendizagem das mesmas numa experiência positiva quer na hospitalização, quer na cirurgia. Também Teixeira & Figueiredo (2009) referem que é uma experiência benéfica para a criança permitir a manipulação de material utilizado no bloco operatório, assim como demonstrar procedimentos através de um boneco e visualizar o bloco através de imagens. Segundo a mesma autora, crianças que foram submetidas a intervenção de enfermagem no período pré-operatório revelam uma maior compreensão e aceitação não só da cirurgia como também dos procedimentos a que são submetidas. Segundo esta linha de pensamento, Santos (2014) salienta que através de um programa pré-operatório estruturado e adequado ao nível de desenvolvimento da criança permite a diminuição do medo, da ansiedade e facilita a interação da criança com os profissionais de saúde. Deste modo o utente pediátrico colabora nos cuidados e a sua recuperação pós operatória torna-se mais rápida e eficaz. Também de acordo com Watson (2012), a teórica responsabiliza a enfermagem pelo cuidado holístico, humano e digno, que define enquanto essência da enfermagem.

Estas experiências contribuíram para o desenvolvimento das competências E1., E1.1., E1.2., E3.3 e E3.4.1.



Dando ênfase aos Cuidados Não Traumáticos estes cuidados têm como principal objetivo não causar dano e baseiam-se na utilização de intervenções de enfermagem que visam a eliminação ou a minimização do desconforto psicológico e físico experienciado pela criança e família, no sistema dos cuidados de saúde. Deste modo, os princípios que proporcionam a estrutura para alcançar esse objectivo são: prevenção/minimização da separação da criança da sua família; promoção da sensação de controlo e prevenção/minimização da lesão corporal e da dor (Hockenberry & Barrera, 2014). Segundo a O.E. (2013, p.5) “o controlo da dor é um direito que assiste a todos os indivíduos e atinge o seu máximo reduto nas crianças, seres indefesos a quem queremos poupar todo e qualquer sofrimento.” De acordo com esta fonte, para os enfermeiros o controlo da dor consiste num dever e num indicador de boa prática. Igualmente relembro que a Direção Geral da Saúde (2010) institui a dor como o 5º sinal vital. Também o princípio vinculativo nº4 da Carta da Criança Hospitalizada (2009, p.16) refere que “as agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo”. Neste serviço de internamento é fundamental o controlo da dor do cliente pediátrico, tornando-se imprescindível utilizar todos os recursos, quer farmacológicos, quer não farmacológicos para amenizar os procedimentos dolorosos e fazer com que esta experiência seja o menos traumática possível. De acordo com a OE (2013), a dor consiste numa experiência subjetiva e o modo de como cada indivíduo a experiencia é única, sendo essencial uma intervenção individualizada que vai muito para além da administração de fármacos. É através da avaliação da dor que é possível identificar o fenómeno doloroso na criança, com o objetivo de uniformizar a linguagem dentro da própria equipa de profissionais de saúde, facilitando a validação da mesma, o controlo e a eficácia nas intervenções realizadas em tempo útil para a diminuição deste fenómeno (DGS, 2010). Para que isto seja possível, existem um a variedade de escalas (instrumentos válidos, seguros e clinicamente sensíveis) que permitem a avaliação e reavaliação da dor, consoante a fase de desenvolvimento em que o cliente pediátrico se encontra. Deste modo, avaliei a dor do cliente pediátrico através da aplicação das seguintes escalas: crianças menores de 4 anos ou em crianças sem capacidade para verbalizar - FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability); crianças a partir dos 4 anos, a escala de faces de Wong-Baker e para os adolescentes a EN (Escala Numérica). A dor na criança manifesta-se de diferentes

maneiras, consoante o estágio de desenvolvimento da criança. Desta forma, sendo os pais os melhores conhecedores dos seus próprios filhos, tornam-se também fundamentais parceiros na avaliação e interpretação da dor das suas crianças, para além da aplicação de escalas de avaliação da dor. Ora, através da parceria que se estabelece com os pais é possível uma adequada interpretação da dor da criança de modo a que se consiga intervir de forma mais adequada. Relativamente às medidas não farmacológicas, estas são intervenções de carácter psicológico e a sua seleção para aplicação da mesma tem em conta o desenvolvimento cognitivo da criança, as suas preferências, o contexto envolvente e a situação específica (O.E., 2013). Através desta avaliação e implementação de medidas para alívio da dor na criança/jovens internados almejei desenvolver as competências específicas E2.2; E2.2.2; E2.2.3.

#### **4.3. Serviço de Urgência Pediátrica**

O terceiro estágio decorreu de 25 de novembro a 22 de dezembro de 2019, com a duração de 4 semanas e com uma carga horária total de 102 horas (Apêndice II).

Para este estágio foram propostos os seguintes objetivos específicos:

- Compreender a estrutura física e a dinâmica do serviço;
- Identificar os projetos e programas em desenvolvimento no serviço;
- Aprofundar conhecimentos visando a otimização da saúde da criança e as diversas situações de saúde-doença;
- Identificar as necessidades do utente pediátrico e família inerentes ao processo de hospitalização e cirurgia de urgência;
- Preparar a admissão do utente pediátrico e família para a cirurgia, de acordo com as suas necessidades;
- Adequar a comunicação com do utente pediátrico e sua família nos vários estádios de desenvolvimento;
- Cuidar do utente pediátrico e família nos processos de gestão do medo inerentes à hospitalização, procedimentos invasivos ou cirurgia de urgência.

Este serviço está direcionado para prestação de cuidados urgentes / emergentes a crianças desde o nascimento até aos 17 anos e 364 dias. Em termos de estrutura física apresenta sala de triagem, sala de pequena cirurgia, sala de reanimação, sala

de aerossóis e Unidade de internamento de curta duração, com quarto de isolamento, com capacidade para receber 5 utentes.

É importante referir que em todos os contextos de estágio, numa fase inicial, procedi a uma entrevista com os EEESIP orientadores, de forma a compreender a dinâmica do serviço, a metodologia de trabalho da equipa interdisciplinar e consulta de documentos, normas e procedimentos existentes nos serviços de forma a dar resposta ao desenvolvimento de competências comuns de EE como por exemplo a C2.1.1. e a C2.1.6.

Visto que esta área de prestação de cuidados era desconhecida da minha experiência profissional prévia, realizei pesquisa bibliográfica sobre as patologias mais comuns num Serviço de Urgência Pediátrica (SUP), nomeadamente patologias respiratórias (mais frequentes para o período sazonal em questão), gastrointestinais e traumatismos. Esta procura de novos conhecimentos possibilitou o desenvolvimento da competência E1.2. em que o EEESIP “diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem” (DR, 2018, p. 19193), sustentando a prática em evidência científica.

A admissão num SUP consiste numa experiência emocional negativa, através da exposição a um ambiente estranho e ameaçador e a experiências geradoras de medo e dor (Hockenberry & Wilson, 2014), assim sendo, a doença e a necessidade de recorrer ao serviço de urgência constituem uma situação de crise para a criança/família, da qual advém uma complexidade de eventos somáticos, psicológicos, relacionais e sociais. O enfermeiro como peça chave na equipa multidisciplinar de um SUP está habilitado para reconhecer que é difícil gerir as emoções dos clientes nesta fase, que vivenciam picos emocionais intensos (Diogo, 2015).

Neste contexto de estágio tive a oportunidade de fazer triagem, sob a supervisão da EEESIP orientadora, ao cliente pediátrico. Também colaborei na prestação de cuidados à criança na sala de pequena cirurgia, na sala de aerossóis, na sala de tratamentos, na unidade de internamento de curta duração e na sala de reanimação, pretendendo desenvolver as competências de EEESIP E1, E2 e E3.

Tive a possibilidade de pôr em prática a comunicação com o cliente pediátrico e família, adaptada ao seu estágio de desenvolvimento. A comunicação é uma

competência essencial na prestação de cuidados de enfermagem e é através da utilização de estratégias de comunicação apropriadas e adaptadas à idade da criança que é possível o estabelecimento de um relacionamento terapêutico do enfermeiro com a criança e família. Segundo Teixeira *et al.* (2004, p.187), a “competência comunicativa é o mais valorizado na abordagem à criança”. A comunicação efetiva possibilita um envolvimento seguro, tranquilo e compreensivo, pelo que todas as formas de comunicação devem ser valorizadas na construção de seu relacionamento terapêutico e de confiança. Durante este estágio procurei sempre manter uma atitude calma e disponível, utilizar um tom de voz tranquilo, procurar criar um ambiente de serenidade, pois a comunicação que se estabelece através do diálogo e das mensagens não-verbais é muito importante para que o medo e o sofrimento vivenciados pela criança e família sejam reduzidos ao máximo. Também Diogo (2017, p. 6), nos refere que os enfermeiros mobilizam “competências que muitas vezes são invisíveis, tais como dar suporte e tranquilidade, delicadeza e amabilidade, simpatia, animar, usar o humor, ter paciência, aliviar o sofrimento, conhecer e ajudar a pessoa a resolver os seus problemas. Segundo Watson (2002, p.61), o cuidar é “a essência da enfermagem e o foco mais central e unificador”.

Assim sendo, utilizei estratégias de gestão do medo/técnicas de distração apropriadas ao estágio de desenvolvimento da criança durante a realização de procedimentos dolorosos, como por exemplo, a visualização de vídeos no computador da respetiva sala, colocação de música da preferência dos adolescentes, utilização de estratégias de autocontrolo, entre outras estratégias utilizadas na gestão do medo, de acordo com a idade e desenvolvimento da criança (Apêndice XI).

Cuidar em situações de urgência/emergência exige a capacidade de decisão e de atuação, rápida e eficaz, fundamentada e baseada no conhecimento e numa responsabilidade ética, com o intuito de salvar a vida do cliente pediátrico. No decorrer do estágio tive a oportunidade de participar em algumas situações de emergência, tendo integrado a equipa multidisciplinar e realizado diversos procedimentos, o que exigiu a mobilização de conhecimentos teóricos e práticos na área da reanimação/emergência. Destaco uma situação de emergência em particular, uma menina de 2 anos que sofreu uma mordedura na cabeça provocada por um cão de raça *pitbull*. Esta menina entrou diretamente na sala de reanimação,

com hemorragia ativa. O seu estado de consciência começou a degradar-se rapidamente e começou a fazer períodos de apneia. Segundo Pinto (2019, p. 89), “as causas de paragem cardiorrespiratória na criança são diferentes das dos adultos devido a especificidades anatómicas, fisiológicas e patológicas que variam com a idade”. Assim sendo, na área da pediatria, as causas mais comuns de situação crítica que colocam a criança em risco de vida são: as doenças do foro respiratório, trauma, choque e sépsis (Elliott, Aitken & Chaboyer, 2012). Nesta situação específica, trauma com hemorragia ativa que pode evoluir para uma situação de choque hipovolémico, esta era a situação crítica que estava a colocar a vida da criança em risco, aliada a períodos de apneia. Rapidamente se procedeu à colheita de sangue para realização de análises clínicas, tipagem de sangue para possibilidade de transfusão sanguínea e cateterização periférica para realização de soroterapia. Para além deste quadro clínico e segundo o Instituto Nacional de Emergência Médica - INEM (2017), a causa primordial de Paragem Cardiorrespiratória na idade pediátrica é a hipoxia, como um resultado final de uma situação de deterioração progressiva da função respiratória e, posteriormente, circulatória. Não é um evento súbito, ao contrário dos adultos, mas sim um processo progressivo refletindo o limite da capacidade de o organismo compensar uma lesão ou doença subjacente. Segundo Lewis (2014) um quadro de dificuldade respiratória em crianças pode evoluir rapidamente para uma situação de paragem respiratória. Por este facto, a prioridade na reanimação pediátrica é a permeabilização da via aérea e a oxigenação. Quando detetados os períodos de apneia, rapidamente sugeri à enfermeira chefe de equipa que se contactasse a equipa de anestesia de urgência do hospital para a possibilidade de entubação orotraqueal (EOT) da criança para suporte ventilatório, pelo que a mesma concordou. Como enfermeira a exercer funções no bloco operatório rapidamente preparei todo o material e medicação necessários para a realização da EOT. Quando a equipa de anestesia de urgência (médico e enfermeiros) chegou, estava todo o material e medicação preparados e procederam de imediato à EOT. De acordo com Pinto (2019), reconhecer e atuar precocemente na criança gravemente doente evitam a progressão para uma situação de paragem cardiorrespiratória, reduzindo a morbilidade e mortalidade. Deste modo, como futura EEESIP estar desperta para as situações de instabilidade na criança, possibilitam-me atuar o mais rapidamente possível e de forma adequada.

De acordo com a O.E. (2018, p.19193), ambicionei desenvolver as competências de EEESIP “E2.1 Reconhecer situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e prestar cuidados de enfermagem apropriados”, “E2.1.1. Mobiliza conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória” e “E2.1.2. Demonstra conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida pediátrico”. Após a minha colaboração com a equipa multidisciplinar o quadro clínico da criança começou a reverter e foi possível ventilá-la de forma adequada, estabilizá-la e transferi-la para um hospital pediátrico devido à gravidade da situação. Também almejei desenvolver a competência comum de EE “A1. Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área da especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional” e “D1. Desenvolve o autoconhecimento e assertividade”, mais propriamente a nível da competência “D1.2.2. Gere sentimentos e emoções em ordem a uma resposta eficiente” e “D1.2.3. Atua eficazmente sob pressão”.

Ainda no serviço de urgência, aquando da necessidade da realização de uma cirurgia, o stress, o medo são exacerbados dificultando ainda mais a capacidade de escuta e compreensão da criança e família. Após discussão com o EEESIP orientador, verificou-se a inexistência de um procedimento de serviço específico para a preparação do cliente pediátrico e família em situação de cirurgia urgente. Deste modo, elaborei um procedimento de serviço intitulado “Procedimento de preparação para a cirurgia da criança/adolescente/família para a diminuição do medo no Serviço de Urgência Pediátrica” (Apêndice XII). Também produzi um Kit Lúdico-Terapêutico (Apêndice XIII) que me permitiu almejar mais uma vez o desenvolvimento das competências de EEESIP, E3.3, E3.3.1, E3.3.3, E3.4.1. Ainda elaborei uma folha de registo intitulada de “Registo de intervenções de enfermagem na gestão do medo da criança/jovem e família no período pré-operatório” (Apêndice XIV), como forma de registo das intervenções de enfermagem realizadas aquando da preparação da criança e família no período pré-operatório, no serviço de UP.

Neste contexto de Urgência pediátrica, tive a oportunidade de participar em dois eventos através da realização de dois posters científicos. A primeira participação ocorreu nas 2.<sup>as</sup> Jornadas “Emoções em Saúde”, promovidas pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, nas quais participei com a realização e exposição de um Poster Científico (Anexo II e Anexo III) intitulado “Trabalho Emocional em

Enfermagem Pediátrica: Gestão do medo da criança em contexto de cirurgia de urgência” (Apêndice XV). A segunda participação ocorreu nas Jornadas de Urgência / Emergência em Pediatria – Cuidar de Excelência, promovidas pelo serviço de Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar de Setúbal, tendo sido selecionado para comunicação oral o poster por mim elaborado, juntamente com uma colega de equipa e intitulado “O medo da criança em contexto de cirurgia urgente: enfermeiro enquanto gestor emocional” (Apêndice XVI). A apresentação deste poster foi adiada para outubro do corrente ano, por motivos de cumprimento do plano de contingência secundária ao vírus Covid-19 (Anexo IV).

Foi através da realização destas atividades que mais uma vez me permitiram desenvolver competências no âmbito da gestão do medo no processo de cuidados à criança e família no período pré-operatório, mas também competências comuns de EE como por exemplo, ao nível da competência C. Domínio da gestão dos cuidados, mais propriamente a s competências C2.1, C2.1.1 e C2.1.6, mas também ao nível da competência D. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, D2.1, D2.2, D2.1.1, D2.1.4.

#### **4.4. Cuidados de Saúde Primários - Área da Saúde Infantil**

O quarto estágio decorreu de 6 a 26 de Janeiro de 2020, com a duração de 3 semanas e com uma carga horária total de 50 horas (Apêndice II).

Para este estágio foram propostos os seguintes objetivos específicos:

- Compreender a estrutura física e a dinâmica do serviço;
- Identificar os projetos e programas em desenvolvimento no serviço;
- Desenvolver competências na área do crescimento e desenvolvimento infantil;
- Desenvolver estratégias de diminuição do medo da criança/jovem/família nos procedimentos invasivos.

Este serviço está direcionado para prestação de cuidados de enfermagem na área da saúde infantil a crianças desde o nascimento até aos 17 anos e 364 dias.

Foi neste estágio clínico que tive oportunidade de colaborar com a EEESIP na realização do diagnóstico precoce, da vacinação e nas consultas de vigilância da saúde infantil e juvenil. Estas consultas são realizadas de acordo com as diretrizes

da Direção Geral da Saúde (DGS), mais propriamente através das recomendações existente no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), em idades-chave. Segundo a DGS (2013), a aplicação do PNSIJ pode representar, um instrumento de apoio à saúde integral infantil e juvenil que concorra para a igualdade de oportunidades de desenvolvimento para todas as crianças e jovens, independentemente dos contextos socioeconómicos das famílias e comunidades. Aquando da vigilância em Saúde Infantil e Juvenil, são efetuadas intervenções que visam a concretização de um conjunto vasto de objetivos, com o principal intuito de ganhos em saúde nesta população (DGS, 2013). Neste sentido, de acordo com as orientações do PNSIJ, é de extrema importância a avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil e registo dos dados obtidos no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil no eBoletim. As intervenções recomendadas são especificamente a nível da promoção e prevenção. Deste modo, está preconizado promover os comportamentos promotores de saúde como: o aleitamento materno, a alimentação saudável e adequada às diferentes idades, a saúde oral, a prática regular de exercício físico, o brincar e outras atividades de lazer em espaços livres, a gestão do stress e a adoção de medidas de segurança, reduzindo o risco de acidentes. Também se pretende promover a imunização de acordo com o Plano Nacional de Vacinação (PNV). A nível da prevenção recomenda-se a precaução de consumos nocivos, das perturbações emocionais e do comportamento, dos acidentes e intoxicações, dos maus tratos e dos riscos decorrentes da exposição solar inadequada.

De acordo com o PNSIP (2013), na consulta da vigilância da saúde infantil, também se pretende detetar precocemente situações que possam comprometer a vida ou afetar a qualidade de vida da criança e do adolescente, assim como: perturbações da visão, audição e linguagem, perturbações do desenvolvimento estatura-ponderal e psicomotor, problemas dentários, alterações neurológicas, alterações do comportamento e do foro emocional e relacional, mas também identificar, apoiar e orientar as crianças e famílias vítimas de maus tratos e de violência (negligência, maus tratos físicos, psicológicos, abuso sexual, bullying). Assim sendo pretende-se um verdadeiro trabalho interdisciplinar entre os profissionais de saúde, as famílias e a própria comunidade, de modo a promover uma adequada vigilância da saúde das crianças e jovens (DGS, 2013).



De acordo com Bellman, Lingam & Aukett (2003) “a promoção da saúde, a avaliação e o rastreio de possíveis alterações no desenvolvimento infantil não são realidades isoladas e deverão constituir o foco preferencial a nível da saúde infantil de todos os profissionais, com intervenções direcionadas à família para que esta possa ficar dotada de competências para interagir com a criança a fim de desenvolver todo o seu potencial”. Ainda de acordo com a mesma fonte, promover o desenvolvimento infantil consiste em ajudar a criança em parceria com a sua família, a desenvolver-se dentro dos padrões esperados para a sua idade, respeitando o seu próprio ritmo. O desenvolvimento infantil é visto como um processo dinâmico e contínuo e a velocidade com que se passa de um estágio para outro varia de criança para criança, o que consequentemente influenciará também o aparecimento de novas aquisições (DGS, 2013). De acordo com a OE (2010, p.72), “para uma intervenção assertiva na promoção do desenvolvimento infantil, o enfermeiro deve de associar ao seu conhecimento o perfil de desenvolvimento da criança, tendo por base a utilização de instrumento de avaliação do desenvolvimento psicomotor fiável, seguro e de fácil utilização.”Aquando da colaboração e realização de consultas de vigilância da saúde infantil, tive a oportunidade de avaliar o crescimento e desenvolvimento infantil através da aplicação da Escala de avaliação do desenvolvimento de *MarySheridan* que é recomendada pelo PNSIJ. Esta escala permite avaliar a postura e motricidade global, a visão e motricidade fina, a audição e linguagem, o comportamento e adaptação social (DGS, 2013). Também tive a oportunidade de promover a imunização assegurando o cumprimento do PNV, promover comportamentos de saúde atrás mencionados e fomentar a prevenção de consumos nocivos e de acidentes, avaliar a dinâmica familiar e detetar potenciais situações de risco, de acordo com cada estágio de desenvolvimento, tendo o cuidado de utilizar uma comunicação adequada para cada cliente pediátrico e sua família. Posso salientar uma situação específica ocorrida numa consulta de vigilância da saúde infantil, na qual uma criança com quatro anos de idade, que não falava, apenas pronunciava algumas palavras, não se relacionava com as crianças da sua sala no pré-escolar e ainda usava fralda. Esta foi a primeira consulta da criança neste centro de saúde, pois a sua família tinha mudado de morada e tinham sido transferidos para este recentemente. De imediato procedeu-se à sinalização e encaminhamento desta criança para o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na

Infância e a mãe foi incentivada a promover a estimulação da criança em termos de desenvolvimento da fala e também incentivada a promover o retirar da fralda por períodos, numa forma de obter colaboração e parceria da mãe nos cuidados a esta criança. Também escutei ativamente a mãe relativamente às suas preocupações relacionadas com o atraso de desenvolvimento demonstradas pelo seu filho, tentando tranquilizá-la. Segundo Watson (2002), a arte de Cuidar surge como meio de comunicação e expressão de sentimentos humanos, em que existe uma conexão com o Outro.

Posso referir outro caso ocorrido numa outra consulta de enfermagem de vigilância da saúde infantil, através da qual conseguimos descobrir que uma jovem de dez anos de idade era vítima de violência doméstica por parte da mãe e que já tinha observado o mesmo tipo de violência do pai para com a progenitora, os quais estavam separados há cerca de um ano. Atualmente esta jovem estava a viver apenas com a mãe, que nos referiu que a filha demonstrava um comportamento agressivo físico e verbalmente não só para com ela, mas também na escola para com os professores, auxiliares e até colegas, motivo pelo qual lhe batia. A jovem apresentava-se pouco comunicativa tanto em termos verbais como não verbais, pois não olhava para mim e mantinha o olhar fixo no chão. No decorrer da consulta, a mãe respondia às questões e a jovem confirmava acenando com a cabeça. Durante esta consulta percebi que a mãe desta jovem estava bastante perturbada pela violência de que foi vítima durante dez anos da sua vida, projetando a sua raiva para a própria filha. Visto que há um ano viviam sozinhas, sem a presença do agressor, sugeri a ambas que iniciassem um novo capítulo nas suas vidas. Propus que tentassem ver o que existia de melhor na relação de ambas, em vez de se centrarem apenas nos comportamentos de agressividade. Eu perguntei-lhes se queriam ser ajudadas e se queriam ser encaminhadas para uma consulta com outro profissional de saúde, o psicólogo, ao qual me respondam positivamente. De acordo com o PNSIJ (2013, p.10), uma das intervenções efetuadas em consulta consiste em “identificar, apoiar e orientar as crianças e famílias vítimas de maus tratos e de violência”. Neste caso concreto, tanto a jovem como a mãe foram encaminhadas para a consulta de psicologia e a jovem foi também referenciada à Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ). É importante referir também que de acordo com os critérios da CPCJ (2016), considera-se que a criança ou jovem estão em

perigo quando estão sujeitas, de forma direta ou indireta, a comportamentos que afetem gravemente a sua segurança ou o seu equilíbrio emocional. Enquanto futura EEESIP, procurei desenvolver as competências “Identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico; E1.2.4. Identifica situações de risco para a criança e jovem (ex. maus tratos, negligência e comportamentos de risco) e E1.2.5. Sensibiliza pais, cuidadores e profissionais para o risco de violência, consequências e prevenção.”

Segundo Watson (2002, p. 55) “...o cuidar requer envolvimento pessoal, social, moral e espiritual do enfermeiro e o comprometimento para com o próprio e para com os outros humanos (...), envolve valores, vontade, um compromisso para o cuidar, conhecimentos, ações carinhosas e as suas consequências”. Segundo esta linha de pensamento, o enfermeiro de cuidados de saúde primários deve cuidar do cliente pediátrico e família de forma holística, de modo a alcançar um nível ótimo de saúde, o que exige do enfermeiro sensibilidade, intencionalidade e persistência no desempenho das suas funções. Assim sendo, aquando da prestação de cuidados de enfermagem ao cliente pediátrico e família, em contexto de cuidados de saúde primários, o enfermeiro deve de intervir a nível da promoção da saúde, do seu crescimento e desenvolvimento, dando especial atenção aos cuidados antecipatórios, de modo a que a família esteja dotada de conhecimentos, numa relação de parceria de cuidados, de forma a promover a saúde da sua criança, a minimizar a ocorrência de doença e prevenir a ocorrência de acidentes.

Como já referi anteriormente, tive a oportunidade de colaborar com a EEESIP orientadora e realizar a administração de vacinas, pelo que elaborei um Jornal de aprendizagem (Apêndice XVII) relativamente a uma situação específica de vacinação, na qual recorri a estratégias para diminuição do medo na criança aquando da realização deste procedimento específico. É importante salientar que “as vacinas incluídas no Programa Nacional de Vacinação têm como objetivo obter a melhor proteção, na idade mais adequada e o mais precocemente possível” (PNV, 2020).

Também colaborei na realização do diagnóstico precoce, o qual foi realizado através da utilização de técnicas não farmacológicas para o alívio da dor, como a amamentação, possibilitando uma oportunidade para promover a parceria com a mãe, permitindo realizar um procedimento doloroso, como forma de alívio da dor do

recém-nascido, numa filosofia de CNT. Este procedimento é realizado na primeira consulta do RN, na qual se promove o aleitamento materno e a vinculação, os cuidados de higiene e com coto umbilical, o que fazer aquando da cólica do RN, eliminação vesical e intestinal, o sono e repouso, a prevenção de acidentes, os cuidados antecipatórios e os sinais de alerta. É também nesta consulta que tentam esclarecer todas as dúvidas dos pais relativas ao seu filho de modo a apoiar e capacitar o processo da parentalidade. Através da disponibilização de informação aliada a uma prestação de cuidados antecipatórios, é possível capacitar a família nos cuidados à sua criança, proporcionando a fomentação da parentalidade positiva. Assim sendo, segundo a OE (2019, p.11) “é da competência do enfermeiro especialista de saúde infantil e pediátrica a avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, com orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil”. Deste modo, as atividades desenvolvidas neste contexto clínico contribuíram para o desenvolvimento das competências E1.1, especificamente, E1.1.2, E1.1.3, E1.1.5, E1.1.6, E1.1.7, e E1.2, mais propriamente a E1.2.7, E1.2.8. Mas também a competência E3 “Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem”, incluindo as unidades de competência E3.1, E3.2, E3.3 e E3.4.

#### **4.5. Serviço de Consulta Externa - Consulta do Desenvolvimento Infantil**

O último estágio decorreu de 27 de Janeiro a 9 de fevereiro de 2020, com a duração de 2 semanas e com uma carga horária total de 50 horas (Apêndice II).

Para este estágio foram propostos os seguintes objetivos específicos:

- Compreender a estrutura física e a dinâmica do serviço;
- Identificar os projetos e programas em desenvolvimento no serviço;
- Desenvolver competências na área do crescimento e desenvolvimento infantil na criança com necessidades especiais e doença rara;
- Perceber os medos vividos pela criança/jovem com necessidades especiais ou doença rara e pelos seus pais.

Este serviço está incluído no departamento de consulta externa do hospital onde exerço funções e está direcionado para apoio e acompanhamento de crianças

prematuras até aos 3 anos de idade, crianças e jovens com atraso global do desenvolvimento psicomotor, perturbação da comunicação e da linguagem, perturbações do espectro do autismo, perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção. Estas crianças e suas famílias chegam à consulta do desenvolvimento infantil através de um encaminhamento prévio do pediatra da unidade de neonatologia, de consultas de pediatria ou do centro de saúde da sua área de residência, mas também através do encaminhamento da Equipa Local de Intervenção, secundária a uma sinalização do educador de infância ou do professor da escola que a criança em questão frequenta.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, as Perturbações do Neurodesenvolvimento constituem, “para os países desenvolvidos, a patologia crónica mais prevalente na criança e no jovem, atingindo cerca de 20% da população infanto-juvenil” (Lima, 2015, p.20). Ainda de acordo com a mesma fonte, as consultas especializadas nesta área têm vindo a aumentar grandemente.

A vigilância, o rastreio e a avaliação diagnóstica representam fases cruciais na identificação de perturbações ou desvio face às expectativas da normalidade (Lima, 2015).

Quando uma perturbação é detetada numa fase inicial do desenvolvimento, a sua intervenção multidisciplinar deve de ser iniciada o mais precocemente possível, de forma intensiva, pois é nos primeiros anos de vida que existe uma maior plasticidade cerebral na criança e será a altura onde se verificam evoluções significativas (Lima, 2015). Segundo esta lógica, de acordo com o PNSIJ (2013, p.33), “as crianças com deficiência ou em risco de atraso grave do desenvolvimento e as suas famílias deverão beneficiar de programas de intervenção precoce, através do Sistema Nacional de Intervenção Precoce”.

De acordo com a OE (2010), é exigido aos enfermeiros um conjunto de cuidados holísticos de modo a que seja possível ajudar estas crianças e suas famílias a viverem da forma mais positiva possível, pois temos “um papel fundamental enquanto facilitadores de informação, bem como catalisadores de mudanças e desenvolvimento de estratégias internas” (p.94). De acordo com a mesma fonte, a criança com deficiência ou com atraso do seu desenvolvimento poderá potenciar um aumento do stress parental, o que implica um esforço para a reorganização e adaptação do sistema familiar. Os pais muitas vezes apenas se

centram nas limitações dos seus filhos, não reconhecendo as potencialidades dos mesmos. Então o enfermeiro tem um papel fundamental, através da relação de ajuda com as famílias destas crianças únicas, uma vez que ao ajudarmos estas famílias promovendo uma postura proativa com os seus filhos, estaremos a ajudá-las a derrubarem as próprias barreiras internas existentes. Assim sendo, segundo a OE (2010), o reforço positivo das competências e qualidades da criança deverão ser uma constante e assim estaremos a promover a vinculação entre ambos. O enfermeiro também deverá ajudar a família a encontrar os recursos necessários, de forma mais adequada a cada família, de modo a promover um contexto o mais normal possível, de forma a que seja possível desenvolver as competências sociais, fornecer-lhe informação, capacitando os mesmos, para que possam participar de forma mais ativa na discussão de aspetos relevantes para a elaboração e implementação de um programa de intervenção pedagógico-terapêutico (OE, 2010). Uma visão holística permite ao enfermeiro adequar a sua prestação de cuidados às necessidades da criança, jovem e família, humanizando desta forma o Cuidar (Watson, 2002, 2005).

Neste serviço existe também a consulta de apoio à criança e jovem com diabetes. A participação nesta consulta, apesar de não estar presente no guia orientador de atividades de estágio, constituiu uma fonte de enriquecimento profissional. As tendências nos cuidados às crianças com doença crónica ou com incapacidade envolvem um foco crescente nos estádios de desenvolvimento, nos cuidados centrados na família, na normalização, na integração e na gestão dos cuidados (Hockenberry & Wilson, 2014). Ao se trabalhar com crianças e jovens é realizado um esforço para que a atuação se centre potencialidades, apoiando-as na sua adaptação e na manutenção do máximo de normalidade, sendo esta uma das mais importantes intervenções do enfermeiro na promoção do coping em situação de doença crónica, em vez de serem apenas salientadas as suas dificuldades ou mesmo erros cometidos. Também se revela fundamental a articulação entre as redes de suporte, como elo de ligação para uma assistência mais abrangente, visando a sua integração na comunidade, como por exemplo os funcionários da escola que a criança frequenta (professores e assistentes operacionais), para apoiarem as mesmas durante as refeições efetuadas na escola. Ou grupos de apoio a pais e crianças/jovens portadores de diabetes. O principal objetivo consiste no

controle da glicemia capilar em níveis adequados, na promoção de um desenvolvimento normal e na promoção da qualidade de vida destas crianças.

Durante a minha observação nas consultas do desenvolvimento infantil, foi possível verificar que o objetivo comum é orientar, acompanhar e apoiar o cliente pediátrico e respetiva família de modo a que as suas capacidades sejam enaltecidas e adequadas o melhor possível à realidade diária.

No início deste estágio elaborei um guião de entrevista semiestruturada (Apêndice XVIII) para aplicar à EEESIP orientadora com o principal objetivo de compreender quais os medos mais frequentes dos pais e das crianças e quais as intervenções utilizadas pelos enfermeiros, na gestão do medo das crianças e família. Resumidamente posso salientar que os medos das crianças estão relacionados maioritariamente com a dor e de situações desconhecidas. Os medos dos pais estão relacionados com a exposição dos seus filhos perante a sociedade, medo aquando da entrada do filho na escola ou aquando da mudança de escola, medo da reação da criança às mudanças da rotina, medo do futuro da criança. Relativamente às intervenções de enfermagem, estas baseiam-se sobretudo em desmistificar os medos apresentados, no reforço positivo pelo que se faz de bem e de melhor tanto por parte da criança como da família e o incentivo à prática de exercício físico ou de um hobby com o objetivo de proporcionar o bem-estar emocional de ambos. Assim sendo, através da Teoria do Cuidado Transpessoal, não deixa de se reconhecer a necessidade do conhecimento técnico-científico no cuidado, mas complementa-se e amplia-se o aspeto social e espiritual, trazendo um novo paradigma do cuidar-curar, onde somos capazes de atender à unidade da mente-corpo-espírito e à singularidade do ser humano (Watson 2002, 2005).

Relativamente às competências de EEESIP que procurei desenvolver neste contexto clínico foram as seguintes: E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem, E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem. Mas também a competência E2.5. Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade.

## 5. PROJETOS FUTUROS

Através da experiência nos cinco contextos de estágio apresentados foi possível enriquecer o meu saber profissional, através de um diversificado leque de oportunidades de aprendizagem.

Numa tentativa de dar continuidade ao trabalho iniciado e apresentado neste relatório de estágio, pretendo realizar uma sessão de formação à equipa de enfermagem do meu local de trabalho, o bloco operatório, relativo ao trabalho que eu desenvolvi sobre “Cuidar da criança e família em pré-operatório: intervenção de enfermagem na gestão do medo”. Após isto, pretendo elaborar um guia de acolhimento ao cliente pediátrico e sua família, aquando da chegada ao bloco operatório, de forma a uniformizar procedimentos na equipa de enfermagem.

Futuramente, ambiciono fazer com que seja possível a presença de um dos pais ou figura de referência da criança ou jovem na sala de operações, até à fase da indução da anestesia, como está previsto no despacho n.º 6668/2017 do Diário da República. De acordo com esta fonte, “permitir o acompanhamento do pai ou da mãe ou de pessoa que os substitua ao bloco cirúrgico, até à indução da anestesia, bem como a sua presença na altura do recobro, constituem medidas aconselháveis, no sentido da humanização dos serviços de saúde” (DR, 2017, p. 16069).

Como futura EEESIP e de acordo com a OE (2018), citando Kelly *et al.*, 2007, “A performance como especialista traduz-se na prestação de cuidados de nível avançado, com segurança, competência e satisfação da criança e suas famílias, procurando responder globalmente ao “mundo” da criança, bem como trabalhar no sentido de remover barreiras e incorporar instrumentos de custo efetivo e gestão da segurança do cliente”



## 6. CONCLUSÃO

Através da elaboração deste relatório de estágio espero ter conseguido revelar o processo de aquisição de competências que possibilitará tornar-me numa futura EEESIP, sendo essas: “Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (OE, 2018, p. 19192). Também almejei alcançar o grau de Mestre, na medida em que consegui “integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções (...) incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções” (Decreto-Lei n.º65/2018, Artigo15.º Grau de mestre, Diário da República, p.4162).

Assim sendo, pretendo dar o meu contributo para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados no hospital onde exerço funções atualmente, tendo como foco o cliente pediátrico e a sua família, e o modo como poderei intervir para facilitar a gestão do medo sentido pelos mesmos.

A maior dificuldade sentida com a elaboração deste relatório foi a de tentar resumir as dezoito semanas de contexto clínico repletas de situações complexas e de experiências enriquecedoras.

É certo que a admissão da criança e família para cirurgia exige por parte do enfermeiro conhecimentos e competências, que vão desde os conhecimentos científicos sobre as necessidades da criança decorrentes do processo de crescimento e desenvolvimento, até ao conhecimento das repercussões da doença, da hospitalização e da cirurgia para a criança e família e gestão emocional destes processos (Diogo, 2015, 2017). Deste modo, não só pretendi desenvolver competências como EEESIP nos diferentes contextos da prática, atrás referidos, como também desenvolver competências no âmbito da gestão do medo. Esta dimensão emocional do cuidar em enfermagem é por vezes pouco valorizada, porém é um campo de intervenção em expansão, com um crescente número de enfermeiros sensíveis para a problemática e notória investigação, com potencial de evoluir para uma competência que reconheça a perícia e o mérito do agir profissional dos enfermeiros.

As conceções abordadas e que serviram de sustentação teórica para orientar e justificar a intervenção de enfermagem no decorrer dos cinco contextos clínicos, foram Cuidados Centrados na Família, Cuidados Não Traumáticos, Comunicação, Parentalidade, Vinculação, Parceria, Negociação, Brincar terapêutico e Desenvolvimento Infantil e Juvenil. A teoria que orientou a minha prática de cuidados de enfermagem foi a da grande teórica Jean Watson. A sua Teoria do Cuidado Transpessoal não deixa de reconhecer a necessidade do conhecimento técnico-científico no cuidado, mas completa e engrandece o aspeto social, emocional e espiritual, guiando um novo paradigma do cuidar-curar, onde somos capazes de atender à unidade da mente-corpo-espírito e à singularidade do ser humano.

Enquanto futura enfermeira especialista demonstrarei “um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica, assente num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente” (Regulamento nº140/2019, 2019, Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Diário da República, p.4746). Poderei prestar cuidados diferenciados nos quais relaciono a teoria com a prática de modo a poder tomar decisões relativas ao cuidado e à promoção do bem-estar do utente pediátrico, e sua respetiva família, pois é este profissional que “utiliza um modelo conceptual centrado na criança e família encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados” (Regulamento nº422/2018, Regulamento de Competências Específicas do EEESIP, Diário da República, p.19192).

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, I., Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto Contexto Enferm.*, Jul-Set, 14 (3), 373-82.
- Almeida, A. & Coelho, P. (2010, Outubro). Enfermagem Avançada: conhecer a história para planear o futuro. In *Encontro Ibérico de História de Enfermagem*, Porto.
- Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica - Perspectiva Desenvolvimentista*. (2ªed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Bellman, M., Lingam, S., Aukett, A. (2003). *SGS II Escala de Avaliação das Competências no Desenvolvimento Infantil dos 0 aos 5 anos*. (A.M. Rocha, M. Machado, C. Ferreira, trad.) Lisboa: CEGOC-TEA (traduzido do original inglês SGS II – Schedule of Growing Skills II).
- Brito, I. (2006). *O acolhimento e a hospitalização da criança pequena*. In Instituto de Apoio à criança (IAC). Acolhimento e estadia da criança e adolescente no hospital. (pp.33-34). Lisboa: IAC.
- Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (2016). Acedido em 18-04-2020. Disponível em: <https://www.cnpdpdj.gov.pt/cpcj/o-que-sao.aspx>
- Cordeiro, M. (2013). *O Grande Livro dos Medos e das Birras* (3.ª ed.). Lisboa: A Esfera dos Livros.
- Damásio, A. (2001). *O Sentimento de Si: o Corpo, a Emoção e a Neurobiologia da Consciência* (13.ª ed.). Mem Martins: Publicações Europa.
- Damásio, A. (2017). *A Estranha Ordem das Coisas – A Vida, os Sentimentos e as Culturas Humanas*. Lisboa: Círculo de Leitores.
- Decreto-Lei n.º 65/2018 (2018). Grau de Mestre. Presidência do conselho de Ministros. *Diário da República*, 1ª Série (N.º 157 de 16-08-2018), p.4147-4182. ELI: <https://dre.pt/application/file/a/116068580>
- Despacho n.º 6668/2017 (2017). Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. *Diário da República*, II Série (N.º 148 de 02/08/2017) 16068-16069. Acedido em: 19-04-2020. Disponível em: [https://dre.pt/web/guest/home/-/dre/107794485/details/2/maximized?serie=II&parte\\_filter=31&dreId=107794348](https://dre.pt/web/guest/home/-/dre/107794485/details/2/maximized?serie=II&parte_filter=31&dreId=107794348)
- Diogo, P. (2017 Nov). Relação Terapêutica e Emoções: Envolvimento versus Distanciamento Emocional dos Enfermeiros. *Pensar Enfermagem*, 21 (1), 20-29. Acedido em: 29-02-2020. Disponível em:

[https://www.researchgate.net/publication/321358838\\_Relacao\\_Terapeutica\\_e\\_Emocoes\\_Envolvimento\\_versus\\_Distanciamento\\_Emocional\\_dos\\_Enfermeiros](https://www.researchgate.net/publication/321358838_Relacao_Terapeutica_e_Emocoes_Envolvimento_versus_Distanciamento_Emocional_dos_Enfermeiros).

- Diogo, P.(2019). Trabalho emocional em enfermagem pediátrica: um modelo orientador da prática, 2ª versão revista. Research Gate, 1-18. Doi: 10.13140/RG.2.2.16091.31528
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., Almeida, T. (2015Jun). Enfermeiros com competência emocional na gestão dos medos de criança sem contexto de urgência. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. (13), 43-51. Acedido em: 24-01-2020. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1647-21602015000200006](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602015000200006)
- Diogo, P. (2015). Trabalho com as emoções em enfermagem pediátrica: Um processo de metamorfose da experiência emocional no ato de cuidar. (2º ed.). Loures: Lusociência.
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., Almeida, T. (2016). Os medos das crianças em contexto de Urgência Pediátrica: O enfermeiro enquanto gestor emocional. *Pensar Enfermagem*, 20 (2), 26-47.
- Direção Geral de Saúde. (2010) - Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. Acedido em: 25-1-2020. Disponível em: [https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20DGS\\_014.2010%20DE%20DEZ.2010.pdf](https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20DGS_014.2010%20DE%20DEZ.2010.pdf)
- Direção Geral de Saúde. (2013). Norma 10/2013 de 31 maio (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa. Acedido em: 18-04-2020. Disponível em: <http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil.aspx>
- Elliott, D, Aitken, L. & Chaboyer, W. (2012). ACCCN's critical care nursing. (2a edição). Australia: Libby Houston.
- Fernandes, A. et al (2014). A Emocionalidade no Ato de Cuidar de Recém-Nascidos Prematuros e Seus Pais: Uma competência do enfermeiro. *Pensar Enfermagem*. 18 (2), 45-57. Disponível em: [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Artigo3\\_45\\_60.pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Artigo3_45_60.pdf)
- Fortin, M. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusociência.

- Freitas, A. (2010). Metodologia de projeto: coletânea descritiva de etapas. *Percursos*, (15),1–38.
- Furtado, M.; Lima, R. – Brincar no hospital: subsídios para os cuidados de enfermagem. *Revista da Escola de enfermagem USP*. 33: 4 (Dez. 1999) 364-368.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.
- Hockenberry, Marilyn J. & Wilson, David (2014). *Wong: Enfermagem da Criança e do adolescente* (9ª ed.). Loures: Lusociência.
- INEM (2017). Manual de Suporte Básico de Vida Pediátrico. Acedido em: 23-06-2019. Disponível em: <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/09/Suporte-B%C3%A1sico-de-Vida-Pedi%C3%A1trico.pdf>
- Institute for Patient and Family Centered Care (2017). *Advancing the practice of Patient and family centered care in hospitals*. Bethesda: Institute for Patient And Family Centered Care. Acedido a 10/11/2019, disponível em: [http://www.ipfcc.org/resources/getting\\_started.pdf](http://www.ipfcc.org/resources/getting_started.pdf)
- Instituto de Apoio à Criança (2009). *Carta da Criança Hospitalizada*. Acedido em: 22-11-2019. Disponível em: [http://www.iacrianca.pt/images/stories/pdfs/humanizacao/anotacoes\\_carta\\_crianca\\_hospitalizada\\_2009.pdf](http://www.iacrianca.pt/images/stories/pdfs/humanizacao/anotacoes_carta_crianca_hospitalizada_2009.pdf).
- Jorge, A. M. (2004). *Família e hospitalização da criança - (RE) Pensar o cuidar em enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Kolb, D. A. (1984). *Experimental learning: experience as the source of learning and development*. New Jersey: Prentice-Hall, Englewood Cliffs.
- Lewis, c. (2014) The Pediatric Patient. In Urdern, L., Stacy, K. & Lough, M. (Eds). *Critical Care Nursing: Diagnosis and Management*. (7ª edição) (p.1041-1071). Canada: Elsevier Mosby
- Lima, C. (2015). *Perturbações do Neurodesenvolvimento*. Lisboa: Lidel.
- Machado, M. (2011). Prematuridade e Saúde Perinatal. *Eff. Perinat. Intensive Care Eur.* – Epic.3:2.
- Oliveira, A., Lacerias, A., Pereira, M. & Silvestre, M. (2005). Preparação da criança e família para a cirurgia: A importância do papel do enfermeiro. *Servir*. 53(4), 202-205.

- Oliveira, H.F.H., Carrilho, S.A.T., Mendes, S.M.R. (2018 Mar). A Satisfação da Criança/Família sobre a preparação pré-operatória realizada pela equipa de enfermagem. Acedido em: 22-10-2019. Disponível em: <https://www.nursing.pt/a-satisfacao-da-criancafamilia-sobre-a-preparacao-pre-operatoria-realizada-pela-equipa-de-enfermagem/>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. (Série I) Volume 1: Número 1. Lisboa: Cadernos OE. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/guiasorientadores\\_boapratika\\_saudeinfantil\\_pediatica\\_volume1.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/guiasorientadores_boapratika_saudeinfantil_pediatica_volume1.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Cadernos OE, série I, n.º6. S.I.: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a: 24-10-2019. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Paginas/default.aspx>
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Guias Orientadores de Boa Prática Em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. In: Cadernos Ordem dos Enfermeiros, Série I, N.º3, Volume 2. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido: 19/04/2019. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CadernosOE\\_GuiasOrientadoresBoaPraticaCEESIP\\_VolIII.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CadernosOE_GuiasOrientadoresBoaPraticaCEESIP_VolIII.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Acedido em: 22-09-2019. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2\\_padroesqualidcuidesip.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf)
- Pedro, J. J. B. (2009). *Parceiros no cuidar: a perspectiva do enfermeiro no cuidar com a família, a criança com doença crónica* (Dissertação de mestrado). Acedido em: 19-10-2019. Disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/20171>
- Peixoto, N., Peixoto, T. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência*, IV (11), 121–132.
- Pereira, A., Nunes, J., Teixeira, S. & Diogo, P. (2010). Gestão do Estado Emocional da Criança (dos 6 aos 8 anos) através da Actividade de Brincar: Analisando o Cuidado de Enfermagem em Contexto de Internamento de Pediatria. *Pensar Enfermagem*, 14 (1), 24-38. Acedido em: 19-10-2019. Disponível em:

[http://repositorio.chlc.minsaude.pt/bitstream/10400.17/1483/1/Pensar%20Enfermagem%202010\\_14\\_24.pdf](http://repositorio.chlc.minsaude.pt/bitstream/10400.17/1483/1/Pensar%20Enfermagem%202010_14_24.pdf).

- Pinto, C. (2019). Suporte básico e avançado de vida pediátrico. Acedido em: 23-06-2019. Doi: [https://doi.org/10.14195/978-989-26-1300-0\\_8](https://doi.org/10.14195/978-989-26-1300-0_8)
- Portela, C.; Graveto, J. (2011). Enfermagem e a criança hospitalizada: Participação parental nos cuidados. *Nursing*, 23 (271), 10-14.
- Programa Nacional de Vacinação (2020). Acedido em 10-01-2020. Disponível em: <https://www.sns24.gov.pt/guia/programa-nacional-vacinacao/>
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, II Série (N.º 140 de 06/02/2019), 4744-4750. ELI: <https://dre.pt/application/file/a/119189160>
- Regulamento nº422/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Assembleia da República. *Diário da República*, 2ª série (nº 133 de 02-07-2018), 19192-19194. Acedido em: 19-04-2019. Disponível em: <https://www.dre.pt/application/conteudo/115685379>.
- Risso, A.; Braga, E. (2010). A comunicação da suspensão de cirurgias pediátricas: sentimentos dos familiares envolvidos no processo. *Revista da Escola de Enfermagem USCP*. 44 (2). 360-367. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000200017>
- Sanders, J. (2014). Cuidados Centrados na Família em Situações de Doença e Hospitalização. In Hockenberry, M., & Wilson, D. (Coords). Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente. (pp.1025-1060). Loures: Lusociência.
- Santos, T. (2014, Nov/Dez). Intervenções de Enfermagem para reduzir a ansiedade pré-operatória em crianças em idade escolar: uma revisão integrativa. *Revista de Enfermagem de Referência*, 4 (3), 149-155. Acedido em: 20/10/2019. disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14001>
- Smith, L., Coleman, V., & Bradshaw, M. (2006). *Family-centred care*. In Glasper, A., & Richardson, J. (Coords). A text book of children's and young people's nursing (pp.77-87). Londres: Elsevier.
- Schmitz, S., Piccoli, M., & Vieira, C. (2003). A utilização do brinquedo terapêutico na visita pré-operatória de enfermagem à criança. *Revista Eletrónica de Enfermagem*, 5(2), 14-23

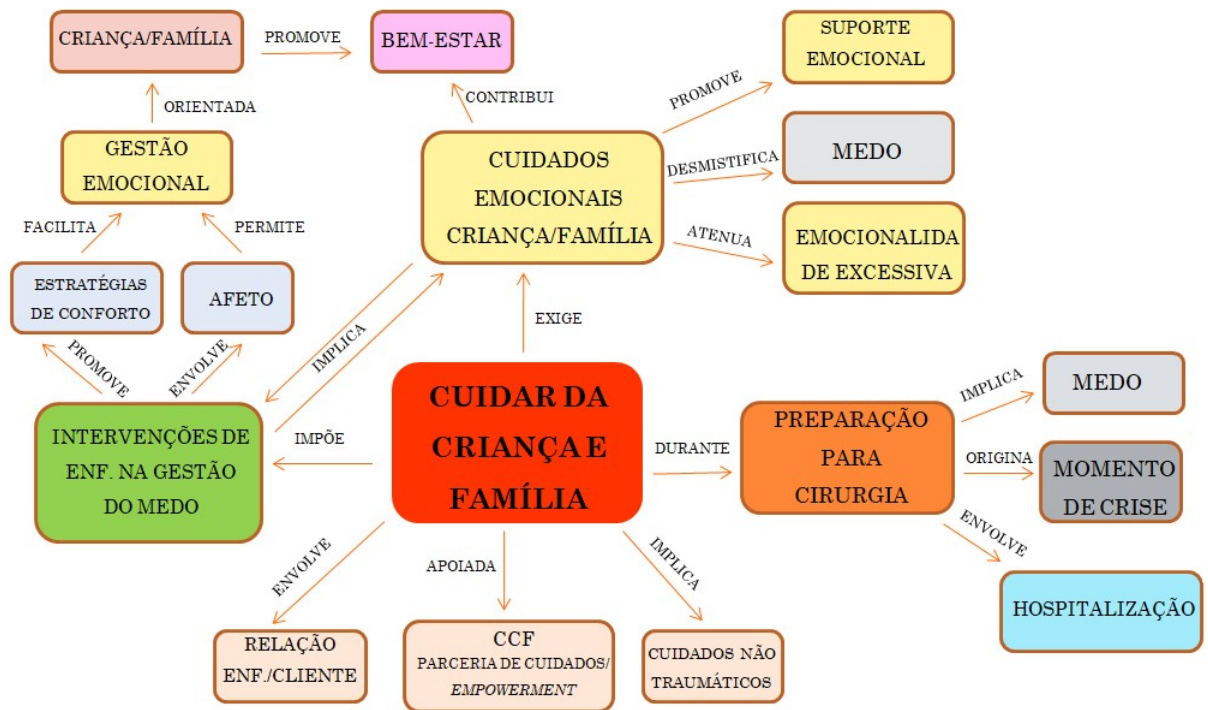
- Schön, D. A. (1987). *La formación de profesionales reflexivos, hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje em las profesiones*. Centro de publicaciones del ministério de educacion y ciência, Ediciones Paidós: Barcelona.
- Teixeira, E. M., & Figueiredo, M. C. (2009). A experiência da criança no perioperatório de cirurgia programada. *Rev. Referência, II Série (9)*, 7-14.
- Veronez, M. e tal (2017). Vivência de mães de bebês prematuros do nascimento a alta: notas de diários de campo. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 38 (2), 1-8.  
Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.60911>
- Teixeira, A., Braga, A., & Esteves, M. (2004). A comunicação com a criança na punção venosa: percepção do enfermeiro. *Revista Nascer e Crescer*, 13 (3), 187-194;
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar. Uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Watson, J. (2005). *Caring Science as Sacred Science*. Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Watson, J. (2012). *Human Caring Science: A Theory of Nursing (2nd ed.)*. London: Jones and Bartlett Learning, LLC.



## **APÊNDICES**

## **Apêndice I – Mapa Conceptual**

## Mapa Conceptual



## **Apêndice II – Cronograma de Estágio**

CRONOGRAMA DE ESTÁGIO																				
ANO	2019 / 2020																			
MÊS	Set. / Out.		Out. / Nov.						Nov. / Dez.					Dez. / Jan.				Jan. / Fev.		
SEMANAS	23 29	30 06	07 13	14 20	21 27	28 03	04 10	11 17	18 24	25 01	02 08	09 15	16 22	23 29	30 05	06 12	13 19	20 26	27 02	03 09
CONTEXTOS																				
Unidade de Cuidados Especiais Neonatais														Férias de Natal						
Serviço de Internamento de Pediatria Médica e Cirúrgica																				
Serviço de Urgência Pediátrica																				
Cuidados de Saúde Primários – Área da Saúde Infantil																				
Serviço de Consulta Externa - Consulta de Desenvolvimento Infantil																				

### **Apêndice III – Guia Orientador das Atividades de Estágio**



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE  
LISBOA

10.º Curso de Mestrado em Enfermagem na  
Área de Especialização de Enfermagem de  
Saúde Infantil e Pediátrica

## **Guia Orientador das Atividades de Estágio**

Discente: Marta Filipa Dias Bastos

Orientação: Professora Doutora Paula Diogo

Lisboa

Setembro de 2019

## LISTA DE SIGLAS

CCF – Cuidado Centrado na Família

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

ESIP – Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

OE – Ordem dos Enfermeiros

RN – Recém-Nascido



## **Índice**

<b>1. TÍTULO</b>	<b>4</b>
<b>2. PROBLEMÁTICA</b>	<b>4</b>
<b>3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b>	<b>5</b>
3.1. Cuidar da criança em pré-operatório	5
3.2. Medos vividos	5
3.3. Intervenções de enfermagem na gestão dos medos	7
<b>4. OBJETIVOS, ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS</b>	<b>8</b>
<b>5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>15</b>

## **1. TÍTULO**

Cuidar da criança e família em pré-operatório: intervenção de enfermagem na gestão do medo

## **2. PROBLEMÁTICA**

De acordo com Mace & Pétry (2000), citado por Fortin (2009), existe uma problemática quando ocorre um desvio entre uma situação desejável e uma situação considerada insatisfatória. De acordo com a minha prática profissional, no meu local de trabalho identifiquei como problemática o medo da criança no período pré-operatório e a dificuldade da equipa de enfermagem em lidar com esta situação. Segundo o princípio vinculativo nº8 da Carta da Criança Hospitalizada (2009) “A equipa de saúde deve ter a formação adequada para responder às necessidades psicológicas e emocionais da criança e família”. Deste modo, os Enfermeiros têm o dever de salvaguardar os direitos da Criança, tendo em conta as necessidades emocionais da criança e família, adequar a informação a transmitir para atenuar a emocionalidade negativa, dar todo o suporte emocional necessário bem como transmitir segurança para alívio do medo sentido pelas mesmas. Assim sendo, pretendo implementar intervenções de enfermagem que ajudem a criança e sua família na gestão do medo sentido no período pré-operatório e deste modo, proporcionar uma melhoria contínua na qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ao cliente pediátrico e respetiva família. Através dos estágios a realizar nos diferentes contextos clínicos, também pretendo desenvolver as competências comuns de enfermeiro especialista (Regulamento n.º 140/2019) e as competências específicas de EEESIP (Regulamento n.º 422/2018) preconizadas pela OE. Desta forma, defini objetivos gerais e objetivos específicos, bem como as atividades a realizar para atingir os mesmos, nos diferentes contextos de estágio preconizados pelo Colégio de Especialidade da Ordem dos Enfermeiros, durante 18 semanas, visando adquirir as competências necessárias para me tornar numa EEESIP. O foco será dado à aprendizagem experiencial (Kolb, 1984), ou seja, à aprendizagem resultante da reorganização e reconstrução da minha própria experiência, num processo contínuo de crescimento e desenvolvimento, e também à prática reflexiva (Schön, 1987), que deve regular a ação e ser geradora de conhecimentos.

### **3. ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

#### **3.1. Cuidar da criança em pré-operatório**

A cirurgia é um momento de crise na vida da criança e sua família. Isto por causa da alteração das suas rotinas, através do contacto com um ambiente desconhecido, a separação da criança das suas figuras securizantes, possíveis implicações de lesão corporal e perda de autonomia, alterando deste modo o seu bem-estar físico e psicológico, repercutindo-se estes efeitos também na família (Oliveira, 2018).

De acordo com Oliveira, Ladeira, Pereira & Silvestre (2005, p. 202) “a cirurgia é por si só, potenciadora de ansiedade e exacerbadora de medos e ideias pré-concebidas, tanto para as crianças como para os adultos”.

A OE, através do Guia Orientador de Boa Prática em ESIP (2011), no capítulo referente à Diminuição do Medo da Cirurgia, sublinha que “a hospitalização e a cirurgia da criança / família são potenciadores de ansiedade e exacerbadores de medos e de ideias pré-concebidas, quer tratando-se da criança / adolescente, quer da sua família, podendo resultar numa experiência traumática para a criança, com efeitos psicológicos persistentes” (p.11). O medo, como uma reação primária, vivenciada pela criança pode conduzir a alterações a nível psicológico, emocional, cognitivo, social e persistir para além do período pós-operatório (Pereira *et al.*, 2010). Assim sendo, para que a criança se mantenha como sujeito ativo, durante a hospitalização, é necessário que esta tenha conhecimento prévio dos procedimentos que serão efetuados, devendo a informação ser dada de acordo com o seu desenvolvimento cognitivo e emocional.

É importante referir que os cuidados de enfermagem devem ser mais do que a prestação de cuidados físicos e o conhecimento sobre doenças e intervenções cirúrgicas, tendo também como foco de atenção as necessidades emocionais e sociais da criança, utilizando técnicas adequadas de comunicação e relacionamento (Schmitz, 2003).

#### **3.2. Medos vividos**

Durante a infância, os processos de saúde-doença caracterizam-se por experiências de medo, associadas ao desconhecido, ao sofrimento, à dor e também às vivências relativas ao estágio de desenvolvimento da criança (Diogo *et al.*, 2016).

De acordo com os mesmos autores, o medo é, em sentido lato, um estado emocional caracterizado por sensações desagradáveis, de apreensão ou tensão, sempre acompanhado por reações fisiológicas intensas. O medo constitui uma das seis famílias das emoções, primárias ou universais, identificadas por Damásio (2001). O medo agrupa ainda tonalidades emocionais como: ansiedade, apreensão, nervosismo, preocupação, consternação, receio, precaução, aflição, desconfiança, pavor, horror, terror e, como psicopatologia, fobia e pânico. Ainda segundo Damásio (2017, p. 157), “as emoções negativas estão associadas a estados fisiológicos distintos, todos eles problemáticos do ponto de vista da saúde e do bem-estar futuros”. Existem associados à hospitalização um conjunto de stressores que podem ser intensificados pelas vivências do medo por parte da criança e família face à mesma (Sanders, 2014; Hockenberry & Wilson, 2014). A hospitalização é considerada, pela criança, um período de stress no qual esta experiencia o medo por estar na presença de um ambiente desconhecido, com a qual há um rompimento da sua rotina, com a introdução de restrições, sejam do foro alimentar, imobilizações ou instrumentos e máquinas desconhecidas, das quais os próprios pais não as conseguem defender e proteger (Jorge, 2004).

Segundo Diogo *et al.* (2016), as crianças percecionam o medo como uma ameaça, pois têm medo de não serem informados relativamente ao seu prognóstico e à hospitalização, apresentam medo dos médicos e dos enfermeiros porque os associam a situações dolorosas, como a dor, injeções e análises clínicas.

De acordo com o estágio de desenvolvimento, as crianças na idade pré-escolar estão menos capacitadas para lidar com a separação dos pais, demonstrando comportamentos de recusa alimentar, recusa em dormir, questionamento sobre a ausência e regresso dos pais, agressão para com as outras crianças e brinquedos. As crianças em idade escolar também apresentam medo da separação dos pais, do ambiente desconhecido, dos procedimentos e de serem vigiadas. (Hockenberry & Wilson, 2014). Segundo os mesmos autores, relativamente aos adolescentes, estes demonstram medo da perda de contato com o grupo de amigos e consequente perda de status no grupo de pertença. Ora, perante estes medos considerados normais, cabe ao enfermeiro desenvolver estratégias de modo a promover à criança e família um cuidado humanizado, identificando e compreendendo os principais comportamentos esperados aquando da experiência de hospitalização para cirurgia de acordo com o seu estágio de desenvolvimento (Diogo *et al.*, 2016).

### 3.3. Intervenções de enfermagem na gestão do medo

Segundo Furtado e Lima (1999), proporcionar certas condições como um ambiente acolhedor, a presença de familiares, a disponibilidade afetiva dos profissionais, a informação sobre a doença e o tratamento, o respeito pelas individualidades de cada criança e atividades recreativas podem suavizar os malefícios de uma hospitalização. A presença da família, geralmente promove e mantém a interação criança/família/equipa, minimizando os efeitos negativos decorrentes da separação, maximizando a sua adaptação à situação de doença e hospitalização; facilita a aceitação dos procedimentos e ameniza stressores associados à doença, aos procedimentos e à hospitalização” Diogo *et al* (2016, p.51). Deste modo, a admissão de uma criança e família para cirurgia exige por parte do enfermeiro um conjunto de conhecimentos e competências, que vão desde os conhecimentos científicos sobre as necessidades da criança decorrentes do processo de crescimento e desenvolvimento, até ao conhecimento das repercussões da doença, da hospitalização e da cirurgia para a criança e família e gestão emocional destes processos – o trabalho emocional em enfermagem pediátrica (Diogo, 2015, 2017). Ora a preparação para a cirurgia, enquanto intervenção autónoma de enfermagem, inserida num contexto de atuação multidisciplinar, em que o enfermeiro assume a responsabilidade pela prescrição e implementação de um conjunto de técnicas, proporciona a aquisição de estratégias para lidar ou enfrentar uma situação desconhecida, e constitui-se como a forma mais adequada de atenuar a emocionalidade excessiva, diminuir a ansiedade e desmistificar medos (OE, 2011), adotando uma dinâmica CCF. A família impõe-se como referência fundamental num sistema de prestação de cuidados que se pretende mais humanizado, refletindo-se no respeito pela sua dignidade, individualidade e integridade. Segundo Smith *et al.* (2006, p.78), os CCF têm como alvo de cuidados à criança e família e baseiam-se no “suporte profissional à criança e família através de um processo de envolvimento, participação e parceria, alicerçados na capacitação das famílias e na negociação dos cuidados”. Na área da pediatria, para além da otimização do bem-estar da criança, este só é possível com o envolvimento da família, pois a díade criança/família constitui o eixo dos cuidados, numa lógica de cuidar tendo em conta não só a singularidade da criança e da família, mas também as múltiplas dimensões do Cuidar Humano (Watson, 2002, 2005, 2012).

Visto que a hospitalização é considerada um momento de crise na vida da criança, é através do CCF, que é proporcionada uma diminuição da tensão e stress emocional, sendo minimizados os efeitos negativos da hospitalização, maximizando os seus benefícios, garantindo o planeamento e a preparação para a alta e otimizando o conforto e apoio à criança/família (Hockenberry & Wilson, 2014). Assim sendo, os enfermeiros privilegiam o envolvimento e a presença dos pais num processo de cuidados humanizado e afetivo, com intervenções que minimizam o desconforto e o sofrimento físico e emocional, destacando o recurso a estratégias de humanização e cuidados não traumáticos.

Em suma, os enfermeiros ajudam a gerir os medos (são gestores emocionais) não só através de estratégias confortantes, calmas e de lazer, tais como a distração, o jogo e a música, mas também através do afeto, do carinho, da simpatia, do sorriso, da confiança, da positividade, da compreensão empática e do humor (Diogo *et al.*, 2016).

#### **4. OBJETIVOS, ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS**

##### **Unidade de Cuidados Especiais Neonatais**

(data de início: 23-09-2019 a 20-10-2019: duração 4 semanas)

##### Objetivos gerais

- ✓ Desenvolver competências de EEESIP ao longo dos estádios de desenvolvimento da criança nos diferentes contextos da prática;
- ✓ Desenvolver competências no âmbito da gestão do medo no processo de cuidados ao RN e família.

##### Objetivos específicos:

- Compreender a estrutura física e a dinâmica do serviço;
- Identificar os projetos e programas em desenvolvimento no serviço;
- Desenvolver a capacidade de comunicação com a família do RN de acordo com as suas características;
- Promover a parentalidade nos processos de saúde-doença;
- Gerir a dor com recurso aos cuidados não traumáticos;

- Cuidar do RN e família nos processos de gestão do medo inerente à hospitalização e a procedimentos invasivos.

Atividades:

- Entrevista com a enfermeira chefe do serviço e/ou com a enfermeira orientadora do estágio para compreender a dinâmica do serviço, projetos e programas em desenvolvimento no mesmo e também para apresentação do projeto de estágio e seus objetivos;
- Observação da dinâmica de funcionamento do serviço e metodologia de trabalho da equipa interdisciplinar;
- Consulta dos documentos disponíveis no serviço (protocolos, normas, procedimentos, sistemas de registo de dados);
- Participação nos cuidados prestados ao RNPT e família sob orientação do EEESIP;
- Entrevista ao enfermeiro orientador sobre quais as estratégias utilizadas na gestão dos medos dos pais;
- Acompanhamento dos pais no esclarecimento de dúvidas e orientações antecipatórias no exercício da parentalidade (valorização das competências, amamentação, higiene e vestuário, sono/repouso, segurança), através da elaboração de folheto informativo sobre dúvidas mais frequentes dos pais;
- Identificar estratégias eficazes na gestão da dor no recém-nascido pré-termo através de pesquisa bibliográfica atual;
- Promoção do contacto físico precoce dos pais com o recém-nascido prematuro através da estimulação do toque e da realização do Método Canguru, como estratégias de gestão da experiência emocional dos pais e como medidas não farmacológicas no alívio da dor e desconforto nos RNPT;
- Elaboração de uma reflexão com as aprendizagens efetuadas, no final do estágio.

**Serviço de Internamento de Pediatria Médica e Cirúrgica – Centro Hospitalar de Setúbal EPE**

(data de início:21-10-2019 a 24-11-2019: duração 5 semanas)

Objetivos específicos:

- Compreender a estrutura física e a dinâmica do serviço;

- Identificar os projetos e programas em desenvolvimento no serviço;
- Prestar cuidados à criança/jovem e família, tendo em conta o processo de saúde-doença;
- Cuidar do utente pediátrico e família nos processos de gestão do medo inerentes à hospitalização, procedimentos invasivos ou preparação para cirurgia eletiva;
- Desenvolver estratégias de diminuição do medo na interação com o cliente pediátrico em contexto de internamento.

#### Atividades:

- Entrevista com a enfermeira chefe do serviço e/ou com a enfermeira orientadora do estágio para compreender a dinâmica do serviço, projetos e programas em desenvolvimento no mesmo e também para apresentação do projeto de estágio e seus objetivos;
- Observação da dinâmica de funcionamento do serviço e metodologia de trabalho da equipa interdisciplinar;
- Consulta de protocolos, normas e projetos desenvolvidos no serviço;
- Pesquisa bibliográfica relativa às principais patologias das crianças internadas e suas necessidades de cuidados de forma a aprofundar, adquirir e mobilizar conhecimentos;
- Participação nos cuidados ao cliente pediátrico de forma a mobilizar diferentes estratégias de diminuição do medo, quer de procedimentos dolorosos, quer na fase pré-operatória da cirurgia (como por exemplo a elaboração de uma caixa com material e dispositivos médicos a serem utilizados para procedimentos, com o objetivo de desmistificar medos);
- Elaborar um algoritmo de intervenção na gestão do medo da criança e família no período pré-operatório;
- Realizar formação em serviço sobre gestão do medo;
- Elaboração de uma reflexão com as aprendizagens efetuadas, no final do estágio.

#### **Serviço de Urgência Pediátrica – Centro Hospitalar de Setúbal EPE**

(data de início: 25-11-2019 a 22-12-2019: duração 4 semanas)



#### Objetivos específicos:

- Compreender a estrutura física e a dinâmica do serviço;
- Identificar os projetos e programas em desenvolvimento no serviço;
- Aprofundar conhecimentos visando a otimização da saúde da criança e as diversas situações de saúde-doença;
- Identificar as necessidades do utente pediátrico e família inerentes ao processo de hospitalização e cirurgia de urgência;
- Preparar a admissão do utente pediátrico e família para a cirurgia, de acordo com as suas necessidades;
- Adequar a comunicação com do utente pediátrico e sua família nos vários estádios de desenvolvimento;
- Cuidar do utente pediátrico e família nos processos de gestão do medo inerentes à hospitalização, procedimentos invasivos ou cirurgia de urgência.

#### Atividades:

- Entrevista com a enfermeira chefe do serviço e/ou com a enfermeira orientadora do estágio para compreender a dinâmica do serviço, projetos e programas em desenvolvimento no mesmo e também para apresentação do projeto de estágio e seus objetivos;
- Observação da dinâmica de funcionamento do serviço e metodologia de trabalho da equipa interdisciplinar;
- Consulta dos documentos disponíveis no serviço (protocolos, normas, procedimentos, sistemas de registo de dados);
- Realização de pesquisa bibliográfica sobre as principais causas de instabilidade na criança/jovem e quais as doenças mais comuns de cada estágio do desenvolvimento;
- Observação participante na triagem do cliente pediátrico e família que recorre ao serviço de urgência, sob orientação do EEESIP;
- Realizar sessão de análise das práticas da equipa de enfermagem, em conjunto com a EEESIP orientadora do estágio, sobre intervenções realizadas para diminuição do medo do cliente pediátrico e família em contexto de urgência, mais propriamente a nível dos procedimentos invasivos e também a nível de preparação para cirurgia urgente;

- Identificar estratégias eficazes na gestão do medo inerente à hospitalização, procedimentos invasivos e cirurgia de urgência através de pesquisa bibliográfica atual;
- Observação participante nas intervenções da equipa de enfermagem no que respeita às estratégias de diminuição do medo dos procedimentos dolorosos;
- Participação no acolhimento do cliente pediátrico e família com necessidade de cirurgia urgente;
- Elaboração de uma reflexão com as aprendizagens efetuadas, no final do estágio.

### **Centro de Saúde – Área da Saúde Infantil**

(data de início: 06-01-2020 a 26-01-2020: duração 3 semanas)

#### Objetivos específicos:

- Compreender a estrutura física e a dinâmica do serviço;
- Identificar os projetos e programas em desenvolvimento no serviço;
- Desenvolver competências na área do crescimento e desenvolvimento infantil;
- Desenvolver estratégias de diminuição do medo da criança/jovem/família nos procedimentos invasivos.

#### Atividades:

- Entrevista com a enfermeira chefe do serviço e/ou com a enfermeira orientadora do estágio para compreender a dinâmica do serviço, projetos e programas em desenvolvimento no mesmo e também para apresentação do projeto de estágio e seus objetivos;
- Consulta dos documentos disponíveis no serviço (protocolos, normas, procedimentos, sistemas de registo de dados, instrumentos de avaliação de desenvolvimento infantil);
- Participação colaborante com a EEESIP na consulta de vigilância de saúde infantil e juvenil;

- Participação e colaboração com a EEESIP na avaliação do desenvolvimento infantil nos diferentes estádios de desenvolvimento através da aplicação do instrumento de avaliação existente no serviço;
- Observação participante nas intervenções da equipa de enfermagem no que respeita às estratégias de diminuição do medo dos procedimentos invasivos;
- Utilização de estratégias que promovam a diminuição do medo aquando da realização procedimentos dolorosos (como por exemplo a distração, o brincar, a simpatia, o carinho, entre outras);
- Elaboração de um jornal de aprendizagem sobre a intervenção na gestão do medo da criança e família (como por exemplo na realização do diagnóstico precoce ou vacinação);
- Elaboração de uma reflexão com as aprendizagens efetuadas, no final do estágio.

### **Serviço de Consulta Externa – Consulta do Desenvolvimento Infantil**

(data de início: 27-01-2020 a 09-02-2020: duração 2 semanas)

#### Objetivos específicos:

- Compreender a estrutura física e a dinâmica do serviço;
- Identificar os projetos e programas em desenvolvimento no serviço;
- Desenvolver competências na área do crescimento e desenvolvimento infantil na criança com necessidades especiais e doença rara;
- Perceber os medos vividos pela criança/jovem com necessidades especiais ou doença rara e pelos seus pais.

#### Atividades:

- Entrevista com a enfermeira chefe do serviço e/ou com a enfermeira orientadora do estágio para compreender a dinâmica do serviço, projetos e programas em desenvolvimento no mesmo e também para apresentação do projeto de estágio e seus objetivos;
- Consulta dos documentos disponíveis no serviço (protocolos, normas, procedimentos, sistemas de registo de dados, instrumentos de avaliação de desenvolvimento infantil);
- Realização de pesquisa bibliográfica sobre doenças raras;

- Colaboração com a enfermeira orientadora na avaliação do desenvolvimento infantil da criança com alterações no padrão do seu desenvolvimento através da aplicação do instrumento de avaliação existente no serviço;
- Participação nas consultas de enfermagem à criança com necessidades especiais e doença rara;
- Entrevista ao enfermeiro orientador sobre quais as estratégias utilizadas na gestão do medo vivido pela criança/jovem com necessidades especiais ou doença rara e pelos seus pais;
- Elaboração de uma reflexão com as aprendizagens efetuadas, no final do estágio.

### **Competências:**

#### Competência comum do Enfermeiro Especialista:

- ✓ A1 – Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área da especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional;
- ✓ A2 – Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;
- ✓ B1 – Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;
- ✓ B2 – Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua;
- ✓ B3 – Garante um ambiente terapêutico seguro;
- ✓ C1 – Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde;
- ✓ C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados;
- ✓ D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;
- ✓ D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.

#### Competência específica do EEESIP:

- ✓ E1 - Assiste a criança/jovem com a sua família, na maximização da sua saúde;
- ✓ E2 - Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade;

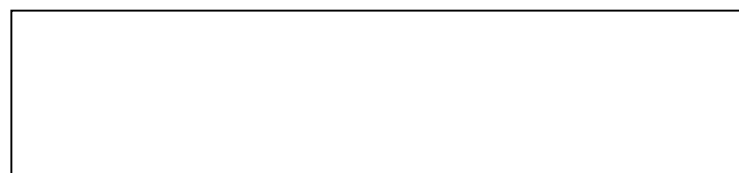
- ✓ E3 – Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem;

## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Damásio, A. (2017). *A Estranha Ordem das Coisas – A Vida, os Sentimentos e as Culturas Humanas*. Lisboa: Círculo de Leitores.
- Diogo, P. (2017 Nov). Relação Terapêutica e Emoções: Envolvimento versus Distanciamento Emocional dos Enfermeiros. *Pensar Enfermagem*, 21 (1), 20-29. Acedido em: 29-05-2019. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/321358838\\_Relacao\\_Terapeutica\\_e\\_Emocoes\\_Envolvimento\\_versus\\_Distanciamento\\_Emocional\\_dos\\_Enfermeiros](https://www.researchgate.net/publication/321358838_Relacao_Terapeutica_e_Emocoes_Envolvimento_versus_Distanciamento_Emocional_dos_Enfermeiros).
- Diogo, P. (2015). Trabalho com as emoções em enfermagem pediátrica: Um processo de metamorfose da experiencia emocional no acto de cuidar. Loures: Lusociência.
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., Almeida, T. (2016). Os medos das crianças em contexto de Urgência Pediátrica: O enfermeiro enquanto gestor emocional. *Pensar Enfermagem*, 20 (2), 26-47.
- Fortin, M. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures: Lusociência.
- Furtado, M.; Lima, R. – Brincar no hospital: subsídios para os cuidados de enfermagem. *Revista da Escola de enfermagem USP*. 33: 4 (Dez. 1999) 364-368.
- Instituto de Apoio à Criança (2009). *Carta da Criança Hospitalizada*. Acedido em: 22-05-2019. Disponível em: [http://www.iacrianca.pt/images/stories/pdfs/humanizacao/anotacoes\\_carta\\_crianca\\_hospitalizada\\_2009.pdf](http://www.iacrianca.pt/images/stories/pdfs/humanizacao/anotacoes_carta_crianca_hospitalizada_2009.pdf).
- Jorge, A. M. (2004). Família e hospitalização da criança - (RE) *Pensar o cuidar em enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Oliveira, H.F.H., Carrilho, S.A.T., Mendes, S.M.R. (2018 Mar). A Satisfação da Criança/Família sobre a preparação pré-operatória realizada pela equipa de enfermagem. Acedido em: 22-05-2019. Disponível em: <https://www.nursing.pt/a-satisfacao-da-criancafamilia-sobre-a-preparacao-pre-operatoria-realizada-pela-equipa-de-enfermagem/>.

- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Guias Orientadores de Boa Prática Em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. In: Cadernos Ordem dos Enfermeiros, Série I, N.º3, Volume 2. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido: 19/04/2019. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CadernosOE\\_GuiasOrientadoresBoaPraticaCEESIP\\_VolIII.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CadernosOE_GuiasOrientadoresBoaPraticaCEESIP_VolIII.pdf)
- Pereira, A., Nunes, J., Teixeira, S. & Diogo, P. (2010). Gestão do Estado Emocional da Criança (dos 6 aos 8 anos) através da Actividade de Brincar: Analisando o Cuidado de Enfermagem em Contexto de Internamento de Pediatria. *Pensar Enfermagem*, 14(1), 24-38. Acedido em: 19-04-2019. Disponível em: [http://repositorio.chlc.minsaude.pt/bitstream/10400.17/1483/1/Pensar%20Enfermagem%202010\\_14\\_24.pdf](http://repositorio.chlc.minsaude.pt/bitstream/10400.17/1483/1/Pensar%20Enfermagem%202010_14_24.pdf).
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, II Série (N.º 140 de 06/02/2019), 4744-4750. ELI: <https://dre.pt/application/file/a/119189160>
- Regulamento nº422/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde infantil e Pediátrica. Assembleia da República. *Diário da República*, 2ª série (nº 133 de 02-07-2018), 19192-19194. Acedido em: 19-04-2019. Disponível em: <https://www.dre.pt/application/conteudo/115685379>.
- Sanders, J. (2014). Cuidados Centrados na Família em Situações de Doença e *Hospitalização*. In Hockenberry, M., & Wilson, D. (Coords). Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente. (pp.1025-1060). Loures: Lusociência.
- Smith, L., Coleman, V., & Bradshaw, M. (2006). *Family-centred care*. In Glasper, A., & Richardson, J. (Coords). A text book of children's and young people's nursing (pp.77-87). Londres: Elsevier.
- Schmitz, S., Piccoli, M., & Vieira, C. (2003). A utilização do brinquedo terapêutico na visita pré-operatória de enfermagem à criança. *Revista Eletrónica de Enfermagem*, 5(2), 14-23
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar. Uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Watson, J. (2005). *Caring Science as Sacred Science*. Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Watson, J. (2012). *Human Caring Science: A Theory of Nursing (2nd ed.)*. London: Jones and Bartlett Learning, LLC.

## **Apêndice IV – Visita Domiciliária ao Recém-Nascido Prematuro**



**UNIDADE DE CUIDADOS ESPECIAIS NEONATAIS  
(UCEN)**



**VISITA DOMICILIÁRIA  
AO RECÉM-NASCIDO  
PREMATURO**



## ÍNDICE

Mensagem aos pais	3
Aleitamento Materno	4
Conservação do Leite Materno	6
Preparação de leite artificial	8
Cuidados com biberões e tetinas	9
Cuidados com o coto umbilical	10
Cólica	11
Termorregulação	12
Sinais de doença do Recém-nascido	13
Febre	14
Vigilância de saúde	15
Progressão Estaturó-Ponderal	16

## MENSAGEM AOS PAIS

A chegada do bebê ao domicílio é um momento muito aguardado pelos pais. No entanto, este é um período crítico de adaptação, tanto para os pais como para o bebê, ao novo ambiente.

Para além disto, os pais tem a total perceção de que a partir desse momento serão os principais responsáveis por todos os cuidados prestados ao novo membro da família.

Naturalmente surge uma mistura de emoções e sentimentos como: felicidade, alegria, mas também medo, ansiedade, insegurança e apreensão, porque associam o bebê prematuro a um ser frágil e com maior probabilidade de complicações do que um bebê de termo. Assim sendo, a visita domiciliária constitui uma forma de ajuda na redução de sentimentos negativos, através do fornecimento de informação personalizada, esclarecimento de dúvidas dos pais.

A comunicação entre os enfermeiros e os pais é fundamental na expressão de sentimentos e emoções e na diminuição do medo, possibilitando uma saudável transição para a parentalidade.



## ALEITAMENTO MATERNO

### O que é o leite materno?

É o leite produzido pela mãe para alimentar o seu bebê, e deve ser a sua primeira e principal fonte de alimento.

O leite materno é o melhor alimento para o bebê porque contém todos os elementos nutritivos indispensáveis para o seu crescimento e desenvolvimento, protege contra infecções, doenças alérgicas, é de fácil digestão e pode ser exclusivo até aos 4 - 6 meses de idade.

### Vantagens do aleitamento materno para a mãe:

- Interação mãe-bebê
- Diminui o risco de aparecimento de cancro da mama;
- Diminui o tempo de recuperação pós-parto;
- Acelera a perda de peso após o parto;
- É prático e gratuito.

### Vantagens do aleitamento materno para o bebê:

- Favorece a relação afetiva mãe/filho;
- Leite de fácil digestão;
- Protege de infecções e reduz o risco de alergias;
- Previne o risco de aparecimento de doenças como a diabetes;
- Melhora a adaptação a outros alimentos;
- Tem todos os nutrientes necessários para o bebê.

### Como saber que o bebê fica satisfeito após a mamada?

- Bebê fica relaxado, tranquilo e sonolento;
- Quando suja no mínimo 5 fraldas com urina, por dia.



### Alimentação da mãe:

Deve de fazer uma alimentação nutricionalmente equilibrada, consumindo preferencialmente:

- Fruta
- Legumes
- Cereais
- Ovos
- Carne magra
- Peixe
- Leguminosas
- Gorduras saudáveis (azeite, frutos secos, abacate)
- Beber muita água

### Alimentos a evitar:

- Bebidas alcoólicas
- Café em excesso (pode beber um café por dia)

## FAÇA UMA ALIMENTAÇÃO VARIADA





## CONSERVAÇÃO DO LEITE MATERNO

A conservação do leite materno pode ser feita no frigorífico ou no congelador.

De acordo com o local onde o leite é colocado, devem ser respeitados os prazos abaixo indicados, com a finalidade de assegurar a sua qualidade e segurança:

LEITE RECÉM EXTRAÍDO (fresco)	Tempo máximo
À temperatura ambiente (se <25°C)	6/8 horas
LEITE REFRIGERADO	Tempo máximo
Fundo 1ª prateleira do frigorífico (0/4° C)	8 dias
Fundo 1ª prateleira do frigorífico (4/10° C)	3/5 dias*
*Se temp. >5°C depois 3º dia, consumir 6 h seguintes	
LEITE CONGELADO	Tempo máximo
No congelador (dentro do frigorífico)	2 semanas
No congelador (separado-Tipo Combi)	3/6 meses
Na arca frigorífica (-19°C ou + baixo)	+ 6 meses

Tabela 1 -- Procedimento Nº 15 sobre Conservação e Aquecimento do Leite Materno

### Conservação do Leite Materno no frigorífico

O leite materno pode ser conservado no frigorífico em recipientes próprios para alimentos:

- Sacos de congelação para curtos períodos de tempo (72h);
- Recipientes de plástico rígido ou vidro, com tampa, para períodos de tempo alargados;

- Nunca juntar leite recém extraído ainda morno ao leite já frio;
- Identificar os recipientes (dia e hora);
- Manter todos os outros alimentos em caixas fechadas para não contaminarem o leite.

### Conservação do Leite Materno no congelador

O leite pode ser congelado mesmo se permaneceu 48h no frigorífico. Identificar os recipientes e colocar data de congelação.



### Descongelamento do leite materno:

- Consuma em 1º lugar, o leite guardado há mais tempo;
- Prefira uma descongelação lenta dentro do frigorífico;
- Leite materno descongelado deve de ser consumido nas 24h seguintes;
- Não recongelar o leite;
- O microondas não está indicado para descongelar ou amornar o leite humano;
- Se for urgente acelerar a descongelação, pode colocar o recipiente sob água corrente, primeiro “fria” depois morna. Esse leite será válido apenas para consumo imediato.

### Aquecimento do Leite Materno

O aquecimento do LM deve ser efectuado em “banho-maria” a uma temperatura não superior a 40°C ou em aquecedor próprio.

## PREPARAÇÃO DE LEITE ARTIFICIAL

O leite materno é o ideal, mas pode haver necessidade do Pediatra recomendar o leite artificial para complementar a alimentação do bebé.

### Como preparar o biberão?

1. Lavar bem as mãos;
2. Utilizar água engarrafada ou da torneira (deve de fervê-la na panela ou fervedor elétrico e nunca no microondas). Depois de fervida poderá guardar a água durante 24h num termo;
3. Deixar arrefecer e verter a água para um biberão esterilizado;
4. Adicionar a quantidade de leite em pó recomendada, colocando o biberão ao nível dos olhos;

Por cada 30ml de água, adiciona-se 1 colher de medida rasa de leite em pó (exemplo: 60ml—2 colheres de leite em pó, 90ml—3 colheres de leite em pó e assim sucessivamente);

5. Encaixar a tetina no biberão e agitar até dissolver o pó;
6. Verter umas gotas de leite no pulso para verificar a temperatura e não queimar o bebé;
7. Dar o leite ao bebé. O biberão deve de estar inclinado, com a tetina cheia de leite para o bebé não engolir ar;
8. No final, se sobrar leite, este deve de ser eliminado e nunca guardar para a próxima mamada.



## CUIDADOS COM OS BIBERÕES E TETINAS

- Lave os biberões, tetinas, tampas e roscas em água quente com detergente e com a ajuda de um escovilhão;
- Enxagüe tudo muito bem;
- Esterilize os biberões, tetinas, tampas e roscas utilizando um esterilizador ou um recipiente com tampa (tacho ou panela);
- Encha com água potável e ponha a aquecer;
- Coloque os biberões, tetinas, tampas e roscas dentro da água quente e deixe ferver:
  - durante 15 minutos os de vidro;
  - durante 10 minutos os de plástico;
  - durante 5 minutos as tetinas.
- Depois de os ferver, retire todos os utensílios com pinças limpas e coloque numa superfície limpa a secar com os biberões voltados para baixo;
- Adapte todas as peças e guarde em local fechado.





## CUIDADOS COM O COTO UMBILICAL

- Depois de dar o banho ao bebé, secar o coto umbilical com compressas limpas e secas ( no sentido da pele para o clampe), até não se verificar nenhum exsudado;
- Caso seja necessário proceder à higiene do coto umbilical em qualquer outro momento, a mesma deve ser efetuada com recurso a compressas limpas embebidas em água corrente ou soro fisiológico, secando posteriormente com compressas limpas secas;
- Vigiar a presença de alterações (pele circundante vermelha, sangue, secreções, coloração esverdeada, mau cheiro).;
- Colocar a fralda de modo a que o coto umbilical fique de fora da mesma.



## CÓLICA

A cólica costuma iniciar após a segunda semana de vida e caracteriza-se por choro de forte intensidade, repentino e que se repete diariamente, principalmente ao entardecer.

É importante que os pais mantenham uma postura calma.

### O que fazer?

- Pode fazer massagem na barriga do bebé, da seguinte forma:
  - 1º - Deslize a palma das mãos, uma seguida da outra, de cima para baixo e da direita para esquerda. Repetir pelo menos 3 vezes;
  - 2º - Segure as pernas do bebé pelos tornozelos e, com os joelhos juntos, pressione-os suavemente contra a barriga. Mantenha esta pressão aproximadamente 5 segundos;
  - 3º - Desenhe com a mão um círculo completo no sentido dos ponteiros do relógio à volta do umbigo, sem levantar a mão da barriga do bebé.
- Coloque o bebé com a face voltada para baixo, com o corpo sobre o seu braço, com a sua mão sob o abdómen.
- O *método canguru* também contribui para o alívio da dor. Este método consiste em colocar o bebé na posição vertical encostado ao peito do adulto.
- Após alimentar o bebé é importante segurá-lo numa posição vertical, o que ajudará o bebé a expulsar o ar quando arrojar, prevenindo as cólicas.
- Quando se alimenta o bebé por biberão é importante que a tetina esteja totalmente preenchida com leite, para evitar que o bebé engula ar.
- Utilização de produtos à base de camomila, erva-cidreira e *Lactobacillus acidophilus* (exemplo Colimil baby ou *Lactobacillus bifidus*).

## TERMORREGULAÇÃO DO BEBÊ

Consiste num conjunto de mecanismos que permitem regular a temperatura corporal interna, de forma a mantê-la dentro de valores compatíveis com a vida quando a temperatura do meio externo varia.

### Valores normais da temperatura corporal

Temperatura rectal – 36,8°C a 37,9°C

Temperatura axilar – 36,2°C a 37,5°C

**Sinais de temperatura baixa:** pele fria ao toque, pele marmoreada, extremidades roxas.

O que fazer: proporcionar um aquecimento adicional do bebé colocando mais peças de roupa e cobri-lo com uma manta;

**Sinais de temperatura aumentada:** consiste na temperatura acima dos valores normais e que se manifesta por: pele quente ao toque, agitação ou prostração.

O que fazer: arrefecimento corporal, retirando algumas peças de roupa do bebé e colocar a criança em local fresco e arejado (sem correntes de ar).



## SINAIS DE DOENÇA DO RECÉM-NASCIDO

É importante que esteja atento e saiba identificar quando o seu bebê está diferente em relação ao seu estado normal de conforto ou comportamento. Os sinais de alerta do bebê são os seguintes:

- Gemido persistente;
- Choro persistente e inconsolável;
- Pausa respiratória (para de respirar num período superior a 20 segundos e fica com cor azulada);
- Dificuldade em respirar (respiração ruidosa);
- Hipotermia (temperatura inferior a 36°C);
- Febre (temperatura superior a 38°C se avaliação rectal, superior a 37,6 se avaliação axilar);
- Alterações da cor da pele (palidez acentuada, manchada ou azulada);
- Dificuldade em mamar, sucção débil ou vômito;
- Bebê prostrado (corpo mole), sonolência persistente que interfere com a alimentação;
- Mau cheiro ou vermelhidão no umbigo;
- Diarreia (dejeções líquidas, abundantes e em maior número, diferentes das dejeções habituais);
- Ausência de dejeções num período superior a 3 dias;
- Dor à mobilização;
- Convulsão (olhar parado ou desvio ocular, não alterável pela estimulação, parar de respirar, tremor das extremidades que não para quando se segura o bebê, pestanejo repetitivo, movimentos de mastigação persistentes e repetitivos);

### O QUE FAZER?

- Ligar para Saúde 24 (808 24 24 24)
- Contatar Médico Assistente ou Pediatra
- Dirigir-se ao Centro de Saúde
- Dirigir-se ao Hospital



## FEBRE

A infecção é um dos grande riscos de ameaça à saúde do bebê, pois este é um ser pequeno e frágil.

A sua manifestação poderá ser através da febre, que se caracteriza pela temperatura corporal superior a  $37,8^{\circ}\text{C}$  -  $38^{\circ}\text{C}$ .

A temperatura corporal deve de ser medida no ouvido, na região axilar ou no rabinho, preferencialmente com um termómetro digital (os termómetros de mercúrio são desaconselhados);

Para além da temperatura existem outros sinais de que acompanham a febre:

- diminuição da temperatura nas extremidades (pés e mãos);
- Irritabilidade, choro ou sonolência;
- Respiração mais acelerada;
- Vermelhão e calor no rosto.

Se a temperatura estiver entre  $37,8^{\circ}\text{C}$  e  $38^{\circ}\text{C}$ , faz-se arrefecimento corporal, retirando algumas peças de roupa do bebê e colocar a criança em local fresco e arejado (sem correntes de ar).

Avaliar de novo a temperatura passados 20 a 30 minutos.

Se a temperatura se mantiver nestes valores ou se subir, administrar Ben-u-ron rectal ou xarope (dependendo da indicação do Pediatra) e procurar ajuda médica.



## VIGILÂNCIA DE SAÚDE

A vigilância de saúde é da responsabilidade dos pais e é muito importante no desenvolvimento e crescimento saudável, principalmente no bebé prematuro.

Deve de marcar consulta no Pediatra, nos primeiros 15 dias após a alta do hospital.

Deve pesar o bebé semanalmente, na mesma balança.

Deve de ir ao centro de saúde, às consultas médicas e de enfermagem, nas idades-chave que são propostas para o primeiro ano de vida:

- 1.<sup>a</sup> semana de vida
- 1 mês
- 2 meses
- 4 meses
- 6 meses
- 9 meses
- 12 meses

Deve de cumprir o Programa Nacional de Vacinação recomendado.

	Nasc	2 meses	4 meses	6 meses	12 meses	18 meses	5 anos	10 anos	25 anos	45 anos	65 anos	10/10 anos
<b>Hebatite B</b>	VHB 1	VHB 2		VHB 3								
<b>Infeções por Haemophilus influenzae b</b>		Hib 1	Hib 2	Hib 3		Hib 4						
<b>Difteria, tétano, tosse convulsa*</b>		DTPa 1	DTPa 2	DTPa 3		DTPa 4	DTPa 5	Td 1	Td 2	Td 3	Td 4	Td 5 ...
<b>Poliomielite</b>		VP1	VP 2	VP 3		VIP 4	VIP 5					
<b>Infeções por Streptococcus pneumoniae</b>		Pn13 1	Pn13 2		Pn13 3							
<b>Infeções por Neisseria meningitidis C</b>					MenC 1							
<b>Sarampo, Parotidite epidémica, Rubéola</b>					VASPR 1		VASPR 2					
<b>Infeções por vírus do Papiloma humano **</b>												HPV 1,2

Tabela 2- Programa Nacional de Vacinação (Esquema recomendado)



## PROGRESSÃO ESTATURO-PONDERAL

O crescimento é um importante indicador do bem-estar do bebê.

Cada bebê tem o seu próprio ritmo de crescimento.

O peso ao nascer habitualmente diminui nos primeiros dias de vida, pelo que é recuperado 10 dias após o nascimento.

O peso ao nascer deverá duplicar aos 4 meses e triplicar aos 12 meses de idade.

A seguinte tabela demonstra a progressão estaturó-ponderal mais habitual:

IDADE	GANHO PONDERAL DIÁRIO (g)	GANHO PONDERAL MENSAL (g)	CRESCIMENTO EM COMPRIMENTO/ ALTURA (cm/mês)	CRESCIMENTO DO PERÍMETRO CEFÁLICO (cm/mês)
0-3 M	30	900	3,5	2,0
3-6 M	20	560	2,0	1,0
6-9 M	15	450	1,5	0,5
9-12 M	12	360	1,2	0,5
1-3 A	8	220	1,0	0,25
4-6 A	6	170	0,25	0,08
6 A-Pub		2 kg/ano	5-7 cm/ano	
Pico pubert.			8-11 cm/ano (M) 7-10 cm/ano (F)	

Tabela 3 - [www.janela-aberta-familia.org](http://www.janela-aberta-familia.org)

Para mais informações contactar a equipa de enfermagem da UCEN

265 549 000 - extensão 1550



- Christoffel M.M. et al. (2013 Out). Cólica do lactente: estudo descritivo das práticas de cuidados maternos para o alívio da dor. Revista de Enfermagem, 7(10), 5879- 5881. DOI: 10.5205/reuol.4377-36619-1-ED.0710201306
- Fernandes, A. Et al (2014). A Emocionalidade no Ato de Cuidar de Recém-Nascidos Prematuros e Seus Pais: Uma competência do enfermeiro. Pensar Enfermagem. 18 (2), 45-57. Disponível em: [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Artigo3\\_45\\_60.pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/Artigo3_45_60.pdf)
- Desenvolvimento Estaturponderal da criança. Disponível em: [www.janela-aberta-familia.org](http://www.janela-aberta-familia.org)
- Direção Geral da Saúde. (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil 2013. Lisboa. Disponível em: <http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil.aspx>
- Direção Geral da Saúde (2017). Programa Nacional de Vacinação. Disponível em: <https://www.dgs.pt/em-destaque/novo-programa-nacional-de-vacinacao-pdf.aspx>
- Procedimento N°5, Política de Aleitamento Materno do CHS: Extração, conservação, armazenamento, manipulação e administração do Leite Materno .
- Procedimento N° 15 sobre Conservação e Aquecimento do Leite Materno.
- Procedimento N° 75 sobre procedimento de enfermagem sobre os cuidados ao coto umbilical no recém-nascido.
- Procedimento N° 128 sobre Termorregulação

Elaborado por:

Marta Bastos (estudante do curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa)

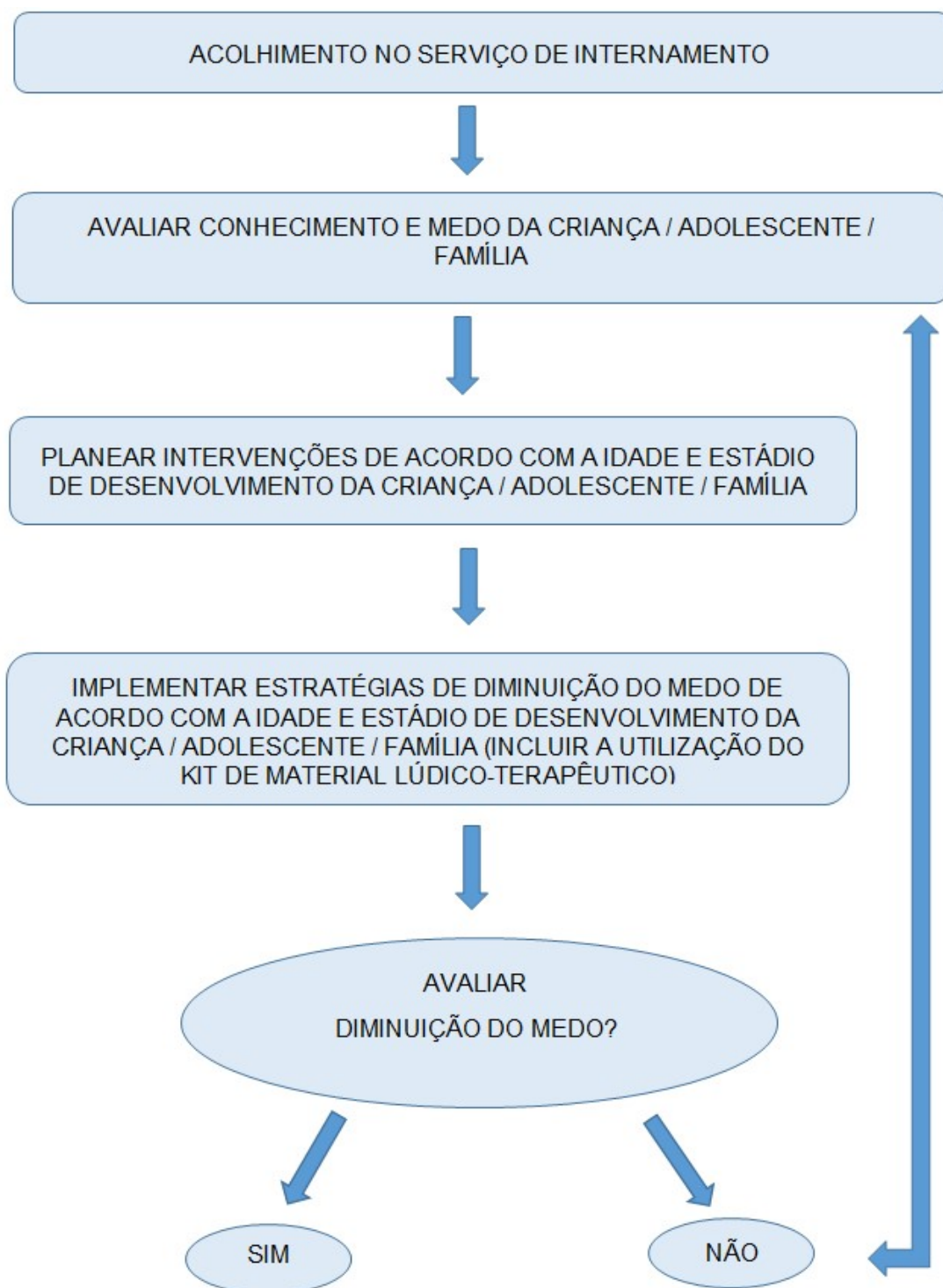
Ana Morgado (Enfermeira Especialista de Saúde Infantil e Pediatria da UCEN)

Vitor Varela (Enfermeiro Chefe da UCEN)



**Apêndice V** – Algoritmo de Atuação e Planeamento de cuidados para a  
diminuição do medo no período pré-operatório

**ALGORITMO DE ATUAÇÃO / PLANEAMENTO DE CUIDADOS PARA  
DIMINUIÇÃO DO MEDO NO PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO**



**Apêndice VI** – Procedimento de preparação para a cirurgia da  
criança/adolescente/família para a diminuição do medo no serviço de  
internamento – Serviço de Pediatria

<div></div>	Procedimento de preparação para a cirurgia da criança/adolescente/família para a diminuição do medo no serviço de internamento Serviço de Pediatria	Data de entrada em vigor:	--/--/--
		Versão ##	--/--/--
		Próxima revisão:	--/--/--
		Cód. Documento:	PS.YYYY.00/ /XXX.00

## 1. Objectivo

- Compreender a importância da desmistificação do medo no período pré-operatório enquanto estratégia de atenuar o momento de crise que a cirurgia representa para a criança/adolescente/família;
- Sistematizar intervenções a utilizar na preparação para a cirurgia da criança / adolescente / família no sentido de minimizar o medo e ajudar a experimentar uma sensação de controlo da realidade;
- Promover a uniformização dos procedimentos de enfermagem na preparação da criança/jovem/família para a cirurgia;
- Promover a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à criança / adolescente / família.

## 2. Campo de aplicação

Enfermeiros do Serviço de Internamento de Pediatria do CHS-HSB.

## 3. Siglas, abreviaturas e definições

BO – Bloco Operatório

CHS – Centro Hospitalar de Setúbal

HSB – Hospital de São Bernardo

OE – Ordem dos Enfermeiros

A hospitalização e a cirurgia constituem uma fase crítica na vida da criança e família, potenciando a experiência de emoções negativas como o medo, e originando experiências traumáticas para a mesma, com efeitos psicológicos duradouros. O medo é uma reação primária, vivenciada pela criança e que pode conduzir a alterações a nível psicológico, emocional, cognitivo, social e persistir para além do período pós-operatório. Os cuidados de enfermagem devem ser mais do que a prestação de cuidados físicos e o conhecimento sobre doenças e intervenções cirúrgicas, tendo também como foco de atenção as necessidades emocionais e sociais da criança, utilizando técnicas adequadas de comunicação e relacionamento, e gestão emocional. A equipa deve ter a formação adequada para responder às necessidades psicológicas e emocionais da criança e família.

	Procedimento de preparação para a cirurgia da criança/adolescente/família para a diminuição do medo no serviço de internamento Serviço de Pediatria	Data de entrada em vigor:	--/--/--
		Versão ##	--/--/--
		Próxima revisão:	--/--/--
		Cód. Documento:	PS.YYYY.00/ /XXXX.00

#### 4. Referências

Diogo, P. (2012). *Trabalho com as emoções em enfermagem pediátrica: Um processo de metamorfose da experiência emocional no acto de cuidar*. 2ª edição. Loures: Lusociência.

Instituto de Apoio à Criança (2009). *Carta da Criança Hospitalizada*.

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Guias Orientadores de Boa Prática Em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. In: Cadernos Ordem dos Enfermeiros, Série I, N.º3, Volume 2. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Pereira, A., Nunes, J., Teixeira, S. & Diogo, P. (2010). Gestão do Estado Emocional da Criança (dos 6 aos 8 anos) através da Actividade de Brincar: Analisando o Cuidado de Enfermagem em Contexto de Internamento de Pediatria. *Pensar Enfermagem*, 14(1), 24-38.

Schmitz, S., Piccoli, M., & Vieira, C. (2003). A utilização do brinquedo terapêutico na visita pré-operatória de enfermagem à criança. *Revista Eletrónica de Enfermagem*, 5(2), 14-23.

#### 5. Responsabilidades

- Ao Chefe de Enfermagem do Serviço de Pediatria pela divulgação deste procedimento;
- À Equipa de Enfermagem pela sua implementação.

#### 6. Procedimento

- Realizar o acolhimento da criança / adolescente / família, segundo o *Procedimento de Acolhimento da Criança/ Adolescente / Família no Internamento*, em vigor no serviço de Pediatria;
- Avaliar os conhecimentos da criança / adolescente / família sobre o internamento e a cirurgia;
- Validar as informações transmitidas e as estratégias para lidar com os medos identificados na preparação realizada na consulta de anestesia;
- Incentivar a criança / adolescente / família a verbalizar dúvidas e medos, permitindo uma comunicação expressiva de emoções e valorizando a exacerbação dos medos normais para a idade (Anexo I);
- Preparar para o processo peri-operatório utilizando estratégias gerais e específicas de gestão do medo (Anexo II), de acordo com as características da criança / adolescente / família.

Poderão ser explicados os seguintes aspetos:

- Circuito peri-operatório;
- Papéis desempenhados pelo enfermeiro, anestesista e cirurgião;
- Material que poderão encontrar no BO - Kit de material lúdico-terapêutico (Anexo III); Este Kit favorece o exercício da brincadeira lúdica com a criança e com os pais, permitindo a aquisição



	Procedimento de preparação para a cirurgia da criança/adolescente/família para a diminuição do medo no serviço de internamento Serviço de Pediatria	Data de entrada em vigor:	--/--/--
		Versão ##	--/--/--
		Próxima revisão:	--/--/--
		Cód. Documento:	PS.YYYY.00/ /XXXX.00

de mecanismos de adaptação ao medo, ansiedade e dor, potencialmente presentes no período pré-operatório;

- A pré-medicação anestésica que poderá ser dada à chegada ao BO, esclarecendo o objetivo e efeitos;
- As características do local onde irá acordar (Unidade de Cuidados Pós Anestésicos);
- Aspeto corporal ao acordar e o tipo de equipamento que poderá trazer (cateter venoso periférico, elétrodos, sensor de oximetria, drenagem vesical, pensos, tala gessada, de acordo com a especificidade da cirurgia;

- Registrar na folha de registo de enfermagem da cirurgia de ambulatório (em regime de ambulatório) ou no programa informático SClinico (em regime de internamento), como foco de atenção o Medo da Cirurgia ou como Diagnóstico Medo.

- Aplicar anestésico cutâneo (EMLA) 1 hora antes de ser chamado para o BO, referindo os efeitos benéficos deste;

- Estimular a permanência do objeto significativo durante o período perioperatório;

- Supervisionar o transporte da criança / adolescente / família até ao BO e apresentar-lhes o enfermeiro que os acolhe.

Na impossibilidade do cumprimento deste procedimento, utilizar o Algoritmo de atuação / planeamento de cuidados para diminuição do medo no período pré-operatório (Anexo IV).

## 7. Anexos

Anexo I - Medos normais consoante a idade

Anexo II - Estratégias dos enfermeiros de gestão do medo de acordo com a idade e desenvolvimento da criança

Anexo III - Kit de material lúdico-terapêutico

Anexo IV - Algoritmo de atuação / planeamento de cuidados para diminuição do medo no período pré-operatório

Elaboração Enª Marta Bastos Enª Marisa Alpalhão	Revisão Enfermeiro Chefe	Ratificação Diretor do Serviço de Pediatria  Data:
---	-----------------------------	---

### **Anexo I - Medos normais consoante a idade**

Durante a infância os processos de saúde-doença caracterizam-se por experiências de medo, associadas ao desconhecido, ao sofrimento, à dor e também às vivências relativas ao estágio de desenvolvimento da criança (Diogo et al., 2016).

Os medos normais da criança, em cada estágio de desenvolvimento, podem ficar exacerbados, o que requer uma atenção particular por parte dos profissionais (OE, 2011).

<b>IDADE</b>	<b>CAUSAS MAIS FREQUENTES DE MEDOS NORMAIS</b>
0-1 ANO	<ul style="list-style-type: none"><li>- Estímulos intensos e desconhecidos</li><li>- Sensação de desamparo, cair, perder apoio</li><li>- Situações imprevistas</li><li>- Pessoas estranhas</li></ul>
2-4 ANOS	<ul style="list-style-type: none"><li>- Separação dos pais / estar longe dos pais</li><li>- Mudanças do meio envolvente;</li><li>- Escuro, animais, máscaras</li></ul>
4-6 ANOS	<ul style="list-style-type: none"><li>- Escuro, bruxas, monstros, fantasmas, pessoas más</li><li>- Medo de se magoarem</li><li>- Separação dos pais, de ficar sozinho</li></ul>
6-9 ANOS	<ul style="list-style-type: none"><li>- Acidentes, lesão corporal, morte</li><li>- Separação dos pais</li><li>- Ambiente desconhecido</li><li>- De serem vigiadas</li><li>- Procedimentos dolorosos</li></ul>
9-12 ANOS	<ul style="list-style-type: none"><li>- Acidente, doença</li><li>- Mau rendimento escolar</li><li>- Conflito parental</li><li>- Impressiona-se pelo que vê e ouve.</li></ul>
12-18 ANOS	<ul style="list-style-type: none"><li>- Transformações do corpo, lesão corporal, morte</li><li>- Perda de contato com o grupo de amigos e consequente perda de status no grupo de pertença</li><li>- Perda de auto-estima</li></ul>

Fonte: Diogo et al. (2016); Hockenberry& Wilson (2014); Ordem dos Enfermeiros (2011)



## Anexo II – Estratégias dos enfermeiros de gestão do medo de acordo com a idade e desenvolvimento da criança

Cabe ao enfermeiro desenvolver estratégias de modo a promover à criança e família um cuidado humanizado, identificando e compreendendo os principais comportamentos esperados aquando da experiência de hospitalização para cirurgia de acordo com o seu estágio de desenvolvimento (Diogo et al., 2016).

Idade / características do desenvolvimento / reações ao stress / medos	Estratégias de enfermagem	
	Gerais	Específicas
<p><b>0 aos 12 meses – desenvolvimento da confiança e Pensamento Sensório-motor</b></p> <p><b>0-6 meses:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- O medo da separação dos pais é mínimo, não se verifica medo de estranhos</li> <li>- O bebé distingue o que é agradável do que é desagradável e reage com todo o corpo (chora e movimenta braços e pernas simultaneamente)</li> <li>- Dar resposta às suas necessidades permite desenvolver um sentimento de confiança entre si e nos outros</li> </ul> <p><b>6-12 meses:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- O medo da separação é máximo</li> <li>- Reconhece as pessoas do seu meio e afeiçoa-se de modo particular à mãe</li> <li>- A atenção do bebé dirige-se para objetos que se mexam, que tenham som ou brilho</li> </ul> <p><b>O bebé reage a:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Separção</u>: choro, agarra-se aos pais.</li> <li>- <u>Lesão corporal e dor</u>: choro, rigidez ou agitação</li> <li>- <u>Perda de controlo</u>: desconfiança, alteração das expressões emocionais (choro e sorriso)</li> </ul> <p>É importante referir que a ansiedade e o medo dos pais são elevados</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fornecer informação aos pais sobre o que vai acontecer e como o bebé poderá reagir</li> <li>- Esclarecer dúvidas aos pais</li> <li>- Incentivar a presença dos pais</li> <li>- Manter os pais na linha de visão do bebé</li> <li>- Tocar e dar afeto</li> <li>- Usar objetos que tranquilizem e transmitam segurança ao bebé (fralda de pano, chupeta, boneco)</li> <li>- Realizar os procedimentos dolorosos fora do berço, em sala própria</li> <li>- Simular os procedimentos na mãe (por exemplo colocar touca, máscara e bata cirúrgica na mãe para que o bebé a visualize e a toque para que não se quebre a relação de confiança entre ambos)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover um ambiente seguro e afetuoso</li> <li>- Envolver os pais nos cuidados</li> <li>- Usar medidas de conforto: mimos e colo</li> <li>- O olhar, o sorriso e as expressões faciais positivas transmitem confiança, reduzindo o medo e a ansiedade</li> <li>- Sucção não nutritiva proporciona sensação de prazer e ajuda a controlar o medo</li> <li>- Falar ou cantar suavemente</li> <li>- Embalar o bebé suavemente</li> <li>- Contenção dos movimentos de agitação no sentido de dar limite ao corpo proporcionando segurança e conforto</li> <li>- Toque terapêutico antes dos procedimentos invasivos (massagem)</li> <li>- Utilizar a distração (brinquedos com cores vivas, que produzam som, livros, filmes infantis);</li> <li>- Musicoterapia</li> </ul>



Idade / características do desenvolvimento / reações ao stress / medos	Estratégias de enfermagem	
	Gerais	Específicas
<p><b>1 aos 3 anos – desenvolvimento da autonomia e pensamento pré-operacional</b></p> <p>A criança apresenta medo e ansiedade à separação</p> <p>Tem capacidade para recordar mas não compreende as experiências hospitalares anteriores</p> <p>Fraca capacidade de suportar a frustração e reduzida capacidade de se expressar verbalmente</p> <p>Início do pensamento mágico e simbólico; Egocêntrico</p> <p>Tem prazer em imitar e repetir experiências. Repete o jogo com prazer</p> <p>É capaz de fazer associações simples de ideias</p> <p><b>A criança reage a:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Separação</u>: chora e grita; agressão verbal a pessoas estranhas</li> <li>- <u>Perda de controlo</u>: regressão</li> <li>- <u>Lesão corporal e dor</u>: choro alto, resistência física, acessos de raiva, agressão física, não cooperação</li> </ul> <p>É importante referir que a ansiedade e o medo dos pais são elevados à separação</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fornecer informação aos pais sobre o que vai acontecer e como a criança poderá reagir</li> <li>- Esclarecer dúvidas aos pais</li> <li>- Incentivar a presença dos pais ou pessoa significativa</li> <li>- Encorajar a participação dos pais nos cuidados</li> <li>- Contenção dos movimentos de agitação no sentido de dar limite ao corpo e proporcionar conforto e segurança à criança</li> <li>- Desencorajar a regressão</li> <li>- Enfatizar a cooperação da criança com ordens simples e individuais</li> <li>- Estimular a autonomia nos cuidados corporais</li> <li>- Manter rotinas diárias nas atividades de vida</li> <li>- Procurar incluir a criança nas conversas</li> <li>- Manter os objetos ameaçadores fora do campo de visão</li> <li>- Explicar os procedimentos aos pais e criança, utilizando linguagem adequada à compreensão destes</li> <li>- Permitir o manuseamento do Kit de material lúdico-pedagógico</li> <li>- Estimular a participação nos procedimentos</li> <li>- Avisar quando terminar o procedimento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover um ambiente seguro e afetuoso</li> <li>- Nutrir os cuidados: através do afeto, do carinho, da simpatia, do sorriso, da confiança, da positividade, da compreensão empática e do humor</li> <li>- Envolver os pais nos cuidados</li> <li>- Proporcionar a brincadeira lúdica</li> <li>- Modelagem (boneco não significativo)</li> <li>- Contar história: "O Diogo é operado" ou "As emoções de Gastão – estou com medo"</li> <li>- Distração: rimas, canções infantis, música adequada à idade, jogos, leituras</li> </ul>

Idade / características do desenvolvimento / reações ao stress / medos	Estratégias de enfermagem	
	Gerais	Específicas
<p><b>4 aos 6 anos – pensamento pré-operatório e intuitivo.</b>  <b>Desenvolvimento da iniciativa</b></p> <p>O medo e a ansiedade causam sentimentos de culpa; tolera mais facilmente a separação; percebe os procedimentos invasivos como uma punição, fantasiando medos irreais; preocupa-se com a integridade física.</p> <p><b>A criança reage:</b>  - <u>Separação</u>: protesto, desespero, agressão física e verbal, negação  - <u>Perda de controlo</u>: regressão  - <u>Lesão corporal e dor</u>: culpabilização, choro alto, gritos, verbalizações “ai”, “dói”, agarra-se aos pais / pessoa significativa / pais, enfermeiro, solicita suporte emocional (abraço, mimos)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fornecer informação aos pais sobre o que vai acontecer e como a criança poderá reagir</li> <li>- Esclarecer dúvidas aos pais</li> <li>- Incentivar a presença dos pais ou pessoa significativa</li> <li>- Esclarecer o porquê dos acontecimentos com linguagem neutra e adequada à compreensão da criança, sem levar a mesma a fazer interpretações erradas</li> <li>- Estimular a verbalização de ideias e sentimentos</li> <li>- Permitir o manuseamento do Kit de material lúdico-pedagógico, esclarecendo dúvidas e receios</li> <li>- Estimular a participação na tomada de decisões</li> <li>- Elogiar a ajuda na cooperação e nunca envergonhá-la pela falta de cooperação</li> <li>- Manter os objetos ameaçadores fora do campo de visão, excepto quando mostrados ou usados na criança</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover um ambiente seguro e afetivo</li> <li>- Nutrir os cuidados: através do afeto, do carinho, da simpatia, do sorriso, da confiança, da positividade, da compreensão empática e do humor</li> <li>- Envolver os pais nos cuidados</li> <li>- Proporcionar a brincadeira lúdica</li> <li>- Modelagem (kit de material de preparação para a cirurgia)</li> <li>- Visualização de álbum de fotografias sobre o circuito peri-operatório</li> <li>- Distração: rimas, canções infantis, música adequada à idade, jogos</li> <li>- Terapia narrativa</li> <li>- Contrato comportamental: recompensa e elogio</li> </ul>

Idade / características do desenvolvimento / reações ao stress / medos	Estratégias de enfermagem	
	Gerais	Específicas
<p><b>7 aos 11 anos – pensamento concreto. Desenvolvimento da sensação de atividade.</b></p> <p>Facilidade em expressar os medos; tolera a separação e compreende as regras</p> <p>Capaz de lidar com vários aspetos da mesma situação e de solucionar problemas. Tem um raciocínio indutivo.</p> <p><b>A criança reage:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Separção</u>: pais e pares - protesto; medo de não serem capazes de competir com os pares nas atividades escolares.</li> <li>- <u>Perda de controlo</u>: dependência, solidão, isolamento, apatia, depressão, raiva, frustração, sono excessivo, hábitos televisivos excessivos.</li> <li>- <u>Lesão corporal e dor</u>: medo da incapacidade e da morte; medo de procedimentos na área genital (mutilação); aceitação passiva da dor; comunica acerca da dor; tentativa de adiar; rigidez; procura de informação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Explicar os motivos para os procedimentos</li> <li>- Explicar a função e o funcionamento do equipamento</li> <li>- Permitir o manuseamento do equipamento</li> <li>- Esclarecer dúvidas e questões</li> <li>- Solicitar a cooperação da criança</li> <li>- Incentivar a sua participação ativa nos cuidados</li> <li>- Reforçar a auto-estima</li> <li>- Estimular a realização de atividades lúdicas da sua preferência e que lhe proporcionem prazer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover um ambiente seguro e afetivo</li> <li>- Nutrir os cuidados: através do afeto, do carinho, da simpatia, do sorriso, da confiança, da positividade, da compreensão empática e do humor</li> <li>- Proporcionar a brincadeira lúdica</li> <li>- Modelagem (kit de material de preparação para a cirurgia)</li> <li>- Visualização de álbum de fotografias sobre o circuito peri-operatório</li> <li>- Distração: música da preferência da criança, jogos</li> <li>- Posicionamento de conforto e ensinar técnicas de relaxamento (respiração lenta ou profunda)</li> <li>- Terapia narrativa</li> <li>- Contrato comportamental: recompensa e elogio</li> <li>- Ensinar estratégias de conforto: Auto-instrução ("vai correr bem") e pensamento positivo ("eu consigo controlar-me", "sou capaz")</li> </ul>



Idade / características do desenvolvimento / reações ao stress / medos	Estratégias de enfermagem	
	Gerais	Específicas
<p><b>12 aos 18 anos – pensamento concreto. Desenvolvimento da sensação de atividade.</b></p> <p>Medo da alteração da imagem corporal. Medo de perder o controlo. Medo da morte e da incapacidade.</p> <p>Pensamento operacional formal. É capaz de utilizar símbolos abstratos, formular hipóteses e testá-las.</p> <p>Esforço pela independência e identidade de grupo.</p> <p>Necessidade de informação, de conformidade, de dignidade, de privacidade e de espaços adequados ao nível de desenvolvimento.</p> <p>Desenvolvimento da sexualidade.</p> <p>O adolescente reage:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Separação</u>: pares –depressão, solidão e tédio.</li> <li>- <u>Perda de controlo</u>: rejeição, coloca em questão a adequação dos cuidados, pode demonstrar uma atitude de confiança excessiva.</li> <li>- <u>Lesão corporal e dor</u>: auto-controlo, auto-afirmação; coopera nos procedimentos; descreve experiências de dor e é capaz de usar os instrumentos de auto-avaliação da dor. Tensão muscular e controlo corporal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Garantir a privacidade</li> <li>- Envolver na tomada de decisões</li> <li>- Encorajar a expressão de sentimentos (medos, morte e incapacidade)</li> <li>- Explicar os procedimentos e as razões pelos quais são necessários</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover um ambiente seguro e afetivo</li> <li>- Nutrir os cuidados: através do afeto, do carinho, da simpatia, do sorriso, da confiança, da positividade, da compreensão empática e do humor</li> <li>- Visualização de álbum de fotografias sobre o circuito peri-operatório</li> <li>- Distração: música da preferência do adolescente, jogos</li> <li>- Posicionamento de conforto e ensinar técnicas de relaxamento (respiração lenta ou profunda)</li> <li>- Ensinar estratégias de conforto: Auto-instrução ("vai correr bem") e pensamento positivo ("eu consigo controlar-me", "sou capaz")</li> </ul>

Fonte: Diogo (2017); Ordem dos Enfermeiros (2011)

### Anexo III - Kit de material lúdico-terapêutico

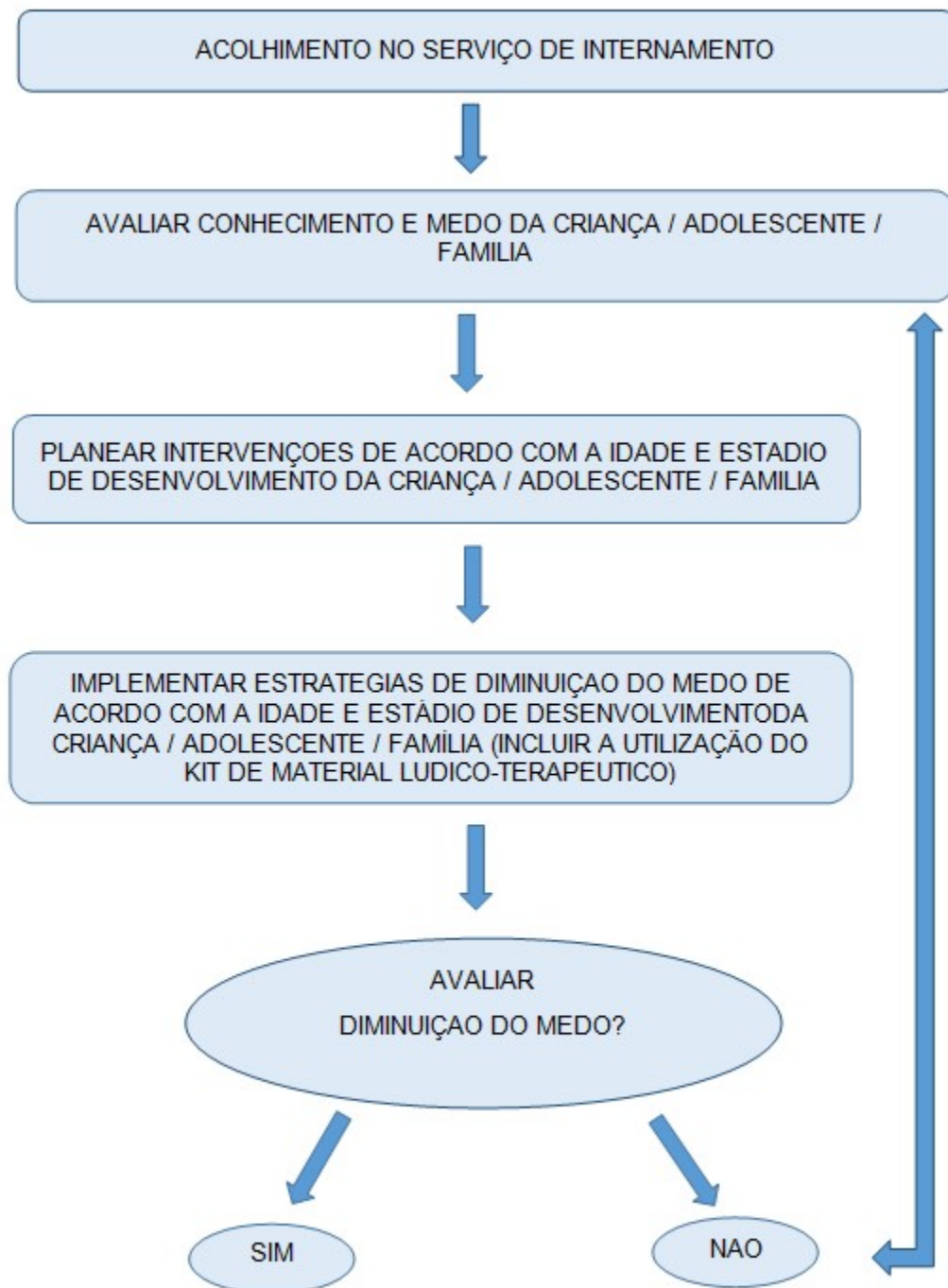
O Kit lúdico-terapêutico favorece o exercício da brincadeira lúdica com a criança e com os pais, permitindo a aquisição de mecanismos de adaptação ao medo, ansiedade e dor, potencialmente presentes no período pré-operatório (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Composição do Kit lúdico-terapêutico:

- Touca cirúrgica
- Máscara cirúrgica
- Máscara de ventilação
- Sensor de oximetria
- 1 par de luvas
- Compressas
- Garrote
- Cateter periférico Nº 22
- Penso para fixação de cateter
- Ligadura
- Sistema de soro + balão de soro de 100ml
- Seringa de 2ml
- Penso operatório
- Boneca
- Bonecos lúdicos (enfermeiro, cirurgião, anestesilogista)
- Álbum do circuito do Bloco Operatório



**ANEXO IV - ALGORITMO DE ATUAÇÃO / PLANEAMENTO DE CUIDADOS  
PARA DIMINUIÇÃO DO MEDO NO PERÍODO PRE-OPERATÓRIO**



## **Apêndice VII – Kit Lúdico Terapêutico (Serviço de Internamento)**

## Kit de material lúdico-terapêutico

O Kit lúdico-terapêutico favorece o exercício da brincadeira lúdica com a criança e com os pais, permitindo a aquisição de mecanismos de adaptação ao medo, ansiedade e dor, potencialmente presentes no período pré-operatório (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Composição do Kit lúdico-terapêutico:

- Touca cirúrgica
- Máscara cirúrgica
- Máscara de ventilação
- Sensor de oximetria
- 1 par de luvas
- Compressas
- Garrote
- Cateter periférico N° 22
- Penso para fixação de cateter
- Ligadura
- Sistema de soro + balão de soro de 100ml
- Seringa de 2ml
- Penso operatório
- Boneca
- Bonecos lúdicos (enfermeiro, cirurgião, anestesiolologista)
- Álbum do circuito do Bloco Operatório





## **Apêndice VIII – Planeamento de Sessão de Formação em Serviço**

## PLANEAMENTO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO

Local: Sala de reuniões do serviço de Pediatria médica e cirúrgica

Data: 27/11/2019 às 10h

Destinatários: Equipa de enfermagem dos serviços de Pediatria médica e cirúrgica e da Urgência Pediátrica

<b>Etapas da sessão formativa</b>	<b>Desenvolvimento</b>	<b>Tempo previsto</b>
<b>Problemática</b>	O medo da criança e família sentido no período pré-operatório	5'
<b>Fundamentação</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- O que é o medo; O medo aquando da hospitalização e período pré-operatório;</li><li>- Estratégias de enfermagem que minimizam a experiência de medo e potenciam os recursos da criança e família na gestão da emocionalidade associada ao período pré-operatório</li></ul>	15'
<b>Atividades realizadas</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Procedimento de preparação para a cirurgia da criança / adolescente / família para a diminuição do medo no serviço de internamento</li><li>- Algoritmo de atuação / planeamento de cuidados para diminuição do medo no período pré-operatório</li><li>- Kit lúdico - terapêutico</li></ul>	10'
<b>Conclusões</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Apresentação das principais conclusões</li></ul>	10'
<b>Discussão em equipa</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Discussão do tema apresentado</li><li>- Esclarecimento de dúvidas</li><li>- Momento de partilha de experiências</li><li>- Sugestões</li></ul>	15'
<b>Avaliação</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Momento de avaliação da sessão formativa em folha própria disponibilizada pelo Centro Hospitalar</li></ul>	5'

**Apêndice IX** – Sessão de formação em serviço “Cuidar da criança e família em pré-operatório: intervenção de enfermagem na gestão do medo”

# CUIDAR DA CRIANÇA E FAMÍLIA EM PRÉ-OPERATÓRIO: INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NA GESTÃO DO MEDO

Elaborado por: Marta Bastos  
Estudante do 10º Curso de Mestrado em EESIP da ESEL

Setúbal  
27 de Novembro de 2019

## SUMÁRIO

- 1. Problemática
- 2. Fundamentação Teórico-científica
- 3. Atividades realizadas
- 4. Conclusões
- 5. Bibliografia

## 1. PROBLEMÁTICA

- Temática:** Intervenções de enfermagem que facilitem a gestão do medo da criança e sua família no período pré-operatório.
- Problema:** O medo da criança e família sentido no período pré-operatório.
- Objeto de estudo:** Estratégias de enfermagem que minimizam a experiência de medo e potenciam os recursos da criança e família na gestão da emocionalidade associada ao período pré-operatório.



## 2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO-CIENTÍFICA

- O medo é um estado emocional caracterizado por sensações desagradáveis, de apreensão ou tensão, sempre acompanhado por reações fisiológicas intensas. (Diogo et al., 2016)
- O medo é uma reação primária, vivenciada pela criança e que pode conduzir a alterações a nível psicológico, emocional, cognitivo e persistir para além do período pós-operatório. (Pereira et al., 2010)



## 2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO-CIENTÍFICA

- A cirurgia é potenciadora de ansiedade e exacerbadora de medos e ideias pré-concebidas, tanto para as crianças como para os adultos (Oliveira, 2009).
- A hospitalização e a cirurgia constituem uma fase crítica na vida da criança e família, potenciando a experiência de emoções negativas como o medo, originando experiências traumáticas para a mesma, com efeitos psicológicos duradouros (O.E., 2011, P.11).



## 2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO-CIENTÍFICA

- A cirurgia é um momento de crise na vida da criança e sua família, devido a:
  - alteração das suas rotinas;
  - contacto com um ambiente desconhecido;
  - separação da criança das suas figuras securizantes;
  - possíveis implicações de lesão corporal;
  - perda de autonomia;
  - alteração do seu bem-estar físico e psicológico;
  - repercussão destes efeitos também na família.

(Oliveira, 2018)



## 2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO-CIENTÍFICA

- A admissão da criança e família para cirurgia exige por parte do enfermeiro conhecimentos científicos, que abarcam as necessidades da criança decorrentes do processo de crescimento e desenvolvimento, e o conhecimento das repercussões da doença, da hospitalização e da cirurgia para a criança e família (Diogo, 2015, 2017).

- "A equipa de saúde deve ter a formação adequada para responder às necessidades psicológicas e emocionais da criança e família"

(Princípio vinculativo nº8, Carta da Criança Hospitalizada, 2009)



## 2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO-CIENTÍFICA

- O enfermeiro deve desenvolver estratégias de modo a promover à criança e família um cuidado humanizado (Diogo et al., 2016).
- O enfermeiro assume a responsabilidade de implementar um conjunto de estratégias para lidar ou enfrentar uma situação desconhecida, sendo a forma mais adequada de atenuar a emocionalidade excessiva, diminuir a ansiedade e desmistificar medos (Ordem dos Enfermeiros, 2011).



## 2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO-CIENTÍFICA

- Os enfermeiros ajudam a gerir os medos através de estratégias confortantes, calmas e de lazer.



(Diogo et al., 2016)



## 3. ATIVIDADES REALIZADAS

- Procedimento de preparação para a cirurgia da criança / adolescente / família para a diminuição do medo no serviço de internamento
- Algoritmo de atuação / planeamento de cuidados para diminuição do medo no período pré-operatório

- Kit lúdico - terapêutico



## 4. CONCLUSÕES

- Utilente pediátrico submetido a programa de preparação para cirurgia:
- Compreende melhor a informação transmitida e a necessidade dos procedimentos (gestão recíproca das emoções e da informação);
- Aceita mais facilmente as restrições relacionadas com a cirurgia;
- O medo e a ansiedade têm uma evidência menor;
- Demonstram mais tranquilidade quando entram no bloco operatório.

(Santos, 2014)



<http://www.observador.pt>

## 4. CONCLUSÕES

- A realização de um programa pré-operatório estruturado e adequado ao nível de desenvolvimento da criança permite a diminuição do medo, da ansiedade e facilita a interação da criança com os profissionais de saúde (Santos, 2014).
- Deste modo, a criança colabora nos cuidados e a sua recuperação pós-operatória torna-se mais rápida e eficaz (Santos, 2014).

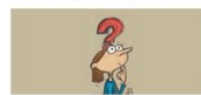


<http://www.observador.pt>

## 6. BIBLIOGRAFIA

- Diogo, P. (2017, Nov). Relação Terapêutica e Emoções: Envolvimento versus Distanciamento Emocional dos Enfermeiros. *Pensar Enfermagem*, 21 (1), 20-25. Acedido em: 29-05-2019. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/321358638\\_Relacao\\_Terapeutica\\_e\\_Emocoes\\_Envolvimento\\_versus\\_Distanciamento\\_Emocional\\_dos\\_Enfermeiros](https://www.researchgate.net/publication/321358638_Relacao_Terapeutica_e_Emocoes_Envolvimento_versus_Distanciamento_Emocional_dos_Enfermeiros)
- Diogo, P. (2012). *Trabalho com as emoções em enfermagem pediátrica*: Um processo de metamorfose da experiência emocional no acto de cuidar. Laures: Lusociência.
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., Almeida, T. (2016). Os medos das crianças em contexto de Urgência Pediátrica: O enfermeiro enquanto gestor emocional. *Pensar Enfermagem*, 20 (2), 26-47.
- Instituto de Apoio à Criança (2009). *Carta da Criança Hospitalizada*. Acedido em: 22-05-2019. Disponível em: [http://www.crianca.pt/images/stories/humanizacaohospitalizacaos/carta\\_crianca\\_hospitalizada\\_2009.pdf](http://www.crianca.pt/images/stories/humanizacaohospitalizacaos/carta_crianca_hospitalizada_2009.pdf)
- Oliveira, A., Lacerdas, A., Pereira, M. & Silvestre, M. (2005). Preparação da criança e família para a cirurgia: A importância do papel do enfermeiro. *Senir*, 53(4), 202-205.
- Oliveira, H.F.H., Canhito, S.A.T., Mendes, S.M.R. (2018, Mar). A Satisfação da Criança/Família sobre a preparação pré-operatória realizada pela equipa de enfermagem. Acedido em: 22-05-2019. Disponível em: <https://www.nursing.pt/a-satisfacao-da-crianca-familia-sobre-a-preparacao-pre-operatoria-realizada-pela-equipa-de-enfermagem>
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Guias Orientadores de Boa Prática Em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. In: Cadernos Ordem dos Enfermeiros, Série I, N.º3, Volume 2. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido: 19-04-2019. Disponível em: [http://www.ordemdenfermeiros.pt/publicacoes/Documentos/Cadernos\\_OC\\_GuiaOrientadoresBoaPraticaCEEP-Vol-III.pdf](http://www.ordemdenfermeiros.pt/publicacoes/Documentos/Cadernos_OC_GuiaOrientadoresBoaPraticaCEEP-Vol-III.pdf)
- Pereira, A., Nunes, J., Teixeira, S. & Diogo, P. (2010). Gestão do Estado Emocional da Criança (das 6 aos 8 anos) através da Actuação de Brincar: Analisando o Cuidado de Enfermagem em Contexto de Internamento de Pediatría. *Pensar Enfermagem*, 14(1), 24-38. Acedido em: 19-04-2019. Disponível em: [http://repositorio.chic.minsuade.pt/bitstream/10400.17/14831/Pensar%20Enfermagem%202010\\_14\\_24.pdf](http://repositorio.chic.minsuade.pt/bitstream/10400.17/14831/Pensar%20Enfermagem%202010_14_24.pdf)
- Santos, T. (2014, Nov/Dez). Intervenções de Enfermagem para reduzir a ansiedade pré-operatória em crianças em idade escolar: uma revisão integrativa. *Revista de Enfermagem de Referência*, 4(3), 149-155. Acedido em: 20/10/2019. disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RvR/14001>
- Schmitz, S., Piccoli, M., & Vieira, C. (2003). A utilização do brinquedo terapêutico na visita pré-operatória de enfermagem à criança. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 5(2), 14-23.

## 6. DÚVIDAS?



## **Apêndice X – Álbum de fotografias do circuito do bloco operatório**



# ÁLBUM DO CIRCUITO DO BLOCO OPERATÓRIO



SERVIÇO DE INTERNAMENTO DE PEDIATRIA

## 1º ENTRADA DO BLOCO OPERATÓRIO



## 2º SALA DE ESPERA DO BLOCO OPERATÓRIO







**3º TRANSPORTE PARA A SALA DE  
OPERAÇÕES**





**4º SALA DE OPERAÇÕES**

**5º UNIDADE DE CUIDADOS  
PÓS ANESTÉSICOS**



Elaborado por: Marta Bastos

(Estudante do curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa)

**Apêndice XI** – Estratégias dos enfermeiros de gestão do medo de acordo com a idade e desenvolvimento da criança

Idade / características do desenvolvimento / reações ao stress / medos	Estratégias de enfermagem	
	Gerais	Específicas
<p><b>0 aos 12 meses – desenvolvimento da confiança e Pensamento Sensório-motor</b></p> <p><b>0-6 meses:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- O medo da separação dos pais é mínimo, não se verifica medo de estranhos</li> <li>- O bebé distingue o que é agradável do que é desagradável e reage com todo o corpo (chora e movimenta braços e pernas simultaneamente)</li> <li>- Dar resposta às suas necessidades permite desenvolver um sentimento de confiança entre si e nos outros</li> </ul> <p><b>6-12 meses:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- O medo da separação é máximo</li> <li>- Reconhece as pessoas do seu meio e afeiçoa-se de modo particular à mãe</li> <li>- A atenção do bebé dirige-se para objetos que se mexam, que tenham som ou brilho</li> </ul> <p><b>O bebé reage a:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Separação</u>: choro, agarra-se aos pais.</li> <li>- <u>Lesão corporal e dor</u>: choro, rigidez ou agitação</li> <li>- <u>Perda de controlo</u>: desconfiança, alteração das expressões emocionais (choro e sorriso)</li> </ul> <p>É importante referir que a ansiedade e o medo dos pais são elevados</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fornecer informação aos pais sobre o que vai acontecer e como o bebé poderá reagir</li> <li>- Esclarecer dúvidas aos pais</li> <li>- Incentivar a presença dos pais</li> <li>- Manter os pais na linha de visão do bebé</li> <li>- Tocar e dar afeto</li> <li>- Usar objetos que tranquilizem e transmitam segurança ao bebé (fralda de pano, chupeta, boneco)</li> <li>- Realizar os procedimentos dolorosos fora do berço, em sala própria</li> <li>- Simular os procedimentos na mãe (por exemplo colocar touca, máscara e bata cirúrgica na mãe para que o bebé a visualize e a toque para que não se quebre a relação de confiança entre ambos)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover um ambiente seguro e afetuosos</li> <li>- Envolver os pais nos cuidados</li> <li>- Usar medidas de conforto: mimos e colo</li> <li>- O olhar, o sorriso e as expressões faciais positivas transmitem confiança, reduzindo o medo e a ansiedade</li> <li>- Sucção não nutritiva proporciona sensação de prazer e ajuda a controlar o medo</li> <li>- Falar ou cantar suavemente</li> <li>- Embalar o bebé suavemente</li> <li>- Contenção dos movimentos de agitação no sentido de dar limite ao corpo proporcionando segurança e conforto</li> <li>- Toque terapêutico antes dos procedimentos invasivos (massagem)</li> <li>- Utilizar a distração (brinquedos com cores vivas, que produzam som, livros, filmes infantis);</li> <li>- Musicoterapia</li> </ul>

Idade / características do desenvolvimento / reações ao stress / medos	Estratégias de enfermagem	
	Gerais	Específicas
<p><b>1 aos 3 anos – desenvolvimento da autonomia e pensamento pré-operacional</b></p> <p>A criança apresenta medo e ansiedade à separação</p> <p>Tem capacidade para recordar mas não compreende as experiências hospitalares anteriores</p> <p>Fraca capacidade de suportar a frustração e reduzida capacidade de se expressar verbalmente</p> <p>Início do pensamento mágico e simbólico; Egocêntrico</p> <p>Tem prazer em imitar e repetir experiências. Repete o jogo com prazer</p> <p>É capaz de fazer associações simples de ideias</p> <p><b>A criança reage a:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Separação</u>: chora e grita; agressão verbal a pessoas estranhas</li> <li>- <u>Perda de controlo</u>: regressão</li> <li>- <u>Lesão corporal e dor</u>: choro alto, resistência física, acessos de raiva, agressão física, não cooperação</li> </ul> <p>É importante referir que a ansiedade e o medo dos pais são elevados à separação</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fornecer informação aos pais sobre o que vai acontecer e como a criança poderá reagir</li> <li>- Esclarecer dúvidas aos pais</li> <li>- Incentivar a presença dos pais ou pessoa significativa</li> <li>- Encorajar a participação dos pais nos cuidados</li> <li>- Contenção dos movimentos de agitação no sentido de dar limite ao corpo e proporcionar conforto e segurança à criança</li> <li>- Desencorajar a regressão</li> <li>- Enfatizar a cooperação da criança com ordens simples e individuais</li> <li>- Estimular a autonomia nos cuidados corporais</li> <li>- Manter rotinas diárias nas atividades de vida</li> <li>- Procurar incluir a criança nas conversas</li> <li>- Manter os objetos ameaçadores fora do campo de visão</li> <li>- Explicar os procedimentos aos pais e criança, utilizando linguagem adequada à compreensão destes</li> <li>- Permitir o manuseamento do Kit de material lúdico-pedagógico</li> <li>- Estimular a participação nos procedimentos</li> <li>- Avisar quando terminar o procedimento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover um ambiente seguro e afetuoso</li> <li>- Nutrir os cuidados: através do afeto, do carinho, da simpatia, do sorriso, da confiança, da positividade, da compreensão empática e do humor</li> <li>- Envolver os pais nos cuidados</li> <li>- Proporcionar a brincadeira lúdica</li> <li>- Modelagem (boneco não significativo)</li> <li>- Contar história: “O Diogo é operado” ou “As emoções de Gastão – estou com medo”</li> <li>- Distração: rimas, canções infantis, música adequada à idade, jogos, leituras</li> </ul>

Idade / características do desenvolvimento / reações ao stress / medos	Estratégias de enfermagem	
	Gerais	Específicas
<p><b>4 aos 6 anos – pensamento pré-operatório e intuitivo. Desenvolvimento da iniciativa</b></p> <p>O medo e a ansiedade causam sentimentos de culpa; tolera mais facilmente a separação; percebe os procedimentos invasivos como uma punição, fantasiando medos irreais; preocupa-se com a integridade física.</p> <p><b>A criança reage:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Separção</u>: protesto, desespero, agressão física e verbal, negação</li> <li>- <u>Perda de controlo</u>: regressão</li> <li>- <u>Lesão corporal e dor</u>: culpabilização, choro alto, gritos, verbalizações “ai”, “dói”, agarra-se aos pais / pessoa significativa / pais, enfermeiro, solicita suporte emocional (abraço, mimos)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fornecer informação aos pais sobre o que vai acontecer e como a criança poderá reagir</li> <li>- Esclarecer dúvidas aos pais</li> <li>- Incentivar a presença dos pais ou pessoa significativa</li> <li>- Esclarecer o porquê dos acontecimentos com linguagem neutra e adequada à compreensão da criança, sem levar a mesma a fazer interpretações erradas</li> <li>- Estimular a verbalização de ideias e sentimentos</li> <li>- Permitir o manuseamento do Kit de material lúdico-pedagógico, esclarecendo dúvidas e receios</li> <li>- Estimular a participação na tomada de decisões</li> <li>- Elogiar a ajuda na cooperação e nunca envergonhá-la pela falta de cooperação</li> <li>- Manter os objetos ameaçadores fora do campo de visão, excepto quando mostrados ou usados na criança</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover um ambiente seguro e afetuoso</li> <li>- Nutrir os cuidados: através do afeto, do carinho, da simpatia, do sorriso, da confiança, da positividade, da compreensão empática e do humor</li> <li>- Envolver os pais nos cuidados</li> <li>- Proporcionar a brincadeira lúdica</li> <li>- Modelagem (kit de material de preparação para a cirurgia)</li> <li>- Visualização de álbum de fotografias sobre o circuito peri-operatório</li> <li>- Distração: rimas, canções infantis, música adequada à idade, jogos</li> <li>- Terapia narrativa</li> <li>- Contrato comportamental: recompensa e elogio</li> </ul>

Idade / características do desenvolvimento / reações ao stress / medos	Estratégias de enfermagem	
	Gerais	Específicas
<p><b>7 aos 11 anos – pensamento concreto. Desenvolvimento da sensação de atividade.</b></p> <p>Facilidade em expressar os medos; tolera a separação e compreende as regras</p> <p>Capaz de lidar com vários aspetos da mesma situação e de solucionar problemas. Tem um raciocínio indutivo.</p> <p><b>A criança reage:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Separação</u>: pais e pares - protesto; medo de não serem capazes de competir com os pares nas atividades escolares.</li> <li>- <u>Perda de controlo</u>: dependência, solidão, isolamento, apatia, depressão, raiva, frustração, sono excessivo, hábitos televisivos excessivos.</li> <li>- <u>Lesão corporal e dor</u>: medo da incapacidade e da morte; medo de procedimentos na área genital (mutilação); aceitação passiva da dor; comunica acerca da dor; tentativa de adiar; rigidez; procura de informação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Explicar os motivos para os procedimentos</li> <li>- Explicar a função e o funcionamento do equipamento</li> <li>- Permitir o manuseamento do equipamento</li> <li>- Esclarecer dúvidas e questões</li> <li>- Solicitar a cooperação da criança</li> <li>- Incentivar a sua participação ativa nos cuidados</li> <li>- Reforçar a auto-estima</li> <li>- Estimular a realização de atividades lúdicas da sua preferência e que lhe proporcionem prazer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover um ambiente seguro e afetuoso</li> <li>- Nutrir os cuidados: através do afeto, do carinho, da simpatia, do sorriso, da confiança, da positividade, da compreensão empática e do humor</li> <li>- Proporcionar a brincadeira lúdica</li> <li>- Modelagem (kit de material de preparação para a cirurgia)</li> <li>- Visualização de álbum de fotografias sobre o circuito peri-operatório</li> <li>- Distração: música da preferência da criança, jogos</li> <li>- Posicionamento de conforto e ensinar técnicas de relaxamento (respiração lenta ou profunda)</li> <li>- Terapia narrativa</li> <li>- Contrato comportamental: recompensa e elogio</li> <li>- Ensinar estratégias de conforto: Auto-instrução (“vai correr bem”) e pensamento positivo (“eu consigo controlar-me”, “sou capaz”)</li> </ul>

Idade / características do desenvolvimento / reações ao stress / medos	Estratégias de enfermagem	
	Gerais	Específicas
<p><b>12 aos 18 anos – pensamento concreto. Desenvolvimento da sensação de atividade.</b></p> <p>Medo da alteração da imagem corporal.</p> <p>Medo de perder o controlo.</p> <p>Medo da morte e da incapacidade.</p> <p>Pensamento operacional formal. É capaz de utilizar símbolos abstratos, formular hipóteses e testá-las.</p> <p>Esforço pela independência e identidade de grupo.</p> <p>Necessidade de informação, de conformidade, de dignidade, de privacidade e de espaços adequados ao nível de desenvolvimento.</p> <p>Desenvolvimento da sexualidade.</p> <p><b>O adolescente reage:</b></p> <p>- <u>Separação</u>: pares – depressão, solidão e tédio.</p> <p>- <u>Perda de controlo</u>: rejeição, coloca em questão a adequação dos cuidados, pode demonstrar uma atitude de confiança excessiva.</p> <p>- <u>Lesão corporal e dor</u>: auto-controlo, auto-afirmação; coopera nos procedimentos; descreve experiências de dor e é capaz de usar os instrumentos de auto-avaliação da dor. Tensão muscular e controlo corporal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Garantir a privacidade</li> <li>- Envolver na tomada de decisões</li> <li>- Encorajar a expressão de sentimentos (medos, morte e incapacidade)</li> <li>- Explicar os procedimentos e as razões pelos quais são necessários</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover um ambiente seguro e afetivo</li> <li>- Nutrir os cuidados: através do afeto, do carinho, da simpatia, do sorriso, da confiança, da positividade, da compreensão empática e do humor</li> <li>- Visualização de álbum de fotografias sobre o circuito peri-operatório</li> <li>- Distração: música da preferência do adolescente, jogos</li> <li>- Posicionamento de conforto e ensinar técnicas de relaxamento (respiração lenta ou profunda)</li> <li>- Ensinar estratégias de conforto: Auto-instrução (“vai correr bem”) e pensamento positivo (“eu consigo controlar-me”, “sou capaz”)</li> </ul>



**Apêndice XII** - Procedimento de preparação para a cirurgia da criança /  
adolescente /família para a diminuição do medo no Serviço Urgência  
Pediátrica

<p>Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de São Bernardo Hospital Oncológico Santiago da Costa</p>	<p>Procedimento de preparação para a cirurgia da criança/adolescente/família para a diminuição do medo</p> <p>Serviço de Urgência Pediátrica</p>	Data de entrada em vigor:	--/--/--
		Versão ##	--/--/--
		Próxima revisão:	--/--/--
		Cód. Documento:	PS.YYYY.00/ /XXX.00

## 1. Objectivo

- Compreender a importância da desmistificação do medo no período pré-operatório enquanto estratégia de atenuar o momento de crise que a cirurgia representa para a criança/adolescente/família;
- Sistematizar intervenções a utilizar na preparação para a cirurgia da criança / adolescente / família no sentido de minimizar o medo e ajudar a experimentar uma sensação de controlo da realidade;
- Promover a uniformização dos procedimentos de enfermagem na preparação da criança / adolescente /família para a cirurgia;
- Promover a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à criança/adolescente/família.

## 2. Campo de aplicação

Enfermeiros do Serviço de Urgência Pediátrica do CHS-HSB.

## 3. Siglas, abreviaturas e definições

BO – Bloco Operatório  
CHS – Centro Hospitalar de Setúbal  
HSB – Hospital de São Bernardo  
OE – Ordem dos Enfermeiros  
UP – Urgência Pediátrica

*A hospitalização e a cirurgia constituem uma fase crítica na vida da criança e família, potenciando a experiência de emoções negativas como o medo, e originando experiências traumáticas para a mesma, com efeitos psicológicos duradouros. O medo é uma reação primária, vivenciada pela criança e que pode conduzir a alterações a nível psicológico, emocional, cognitivo, social e persistir para além do período pós-operatório. Os cuidados de enfermagem devem ser mais do que a prestação de cuidados físicos e o conhecimento sobre doenças e intervenções cirúrgicas, tendo também como foco de atenção as necessidades emocionais e sociais da criança, utilizando técnicas adequadas de comunicação e relacionamento, e gestão emocional. A equipa deve ter a formação adequada para responder às necessidades psicológicas e emocionais da criança e família.*

<p>Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. Hospital de São Bernardino Hospital Pediátrico Santiago da Góia</p>	<p>Procedimento de preparação para a cirurgia da criança/adolescente/família para a diminuição do medo</p> <p>Serviço de Urgência Pediátrica</p>	Data de entrada em vigor:	--/--/--
		Versão ##	--/--/--
		Próxima revisão:	--/--/--
		Cód. Documento:	PS.YYYY.00/ XXXX.00

#### 4. Referências

Diogo, P. (2015). *Trabalho com as emoções em enfermagem pediátrica*: Um processo de metamorfose da experiência emocional no acto de cuidar. 2ª edição. Loures: Lusociência.

Instituto de Apoio à Criança (2009). *Carta da Criança Hospitalizada*.

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Guias Orientadores de Boa Prática Em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. In: Cadernos Ordem dos Enfermeiros, Série I, N.º3, Volume 2. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Pereira, A., Nunes, J., Teixeira, S. & Diogo, P. (2010). Gestão do Estado Emocional da Criança (dos 6 aos 8 anos) através da Actividade de Brincar: Analisando o Cuidado de Enfermagem em Contexto de Internamento de Pediatria. *Pensar Enfermagem*, 14(1), 24-38.

Schmitz, S., Piccoli, M., & Vieira, C. (2003). A utilização do brinquedo terapêutico na visita pré-operatória de enfermagem à criança. *Revista Eletrónica de Enfermagem*, 5(2), 14-23.

#### 5. Responsabilidades

- Ao Chefe de Enfermagem do Serviço de Pediatria pela divulgação deste procedimento;
- À Equipa de Enfermagem pela sua implementação.

#### 6. Procedimento

- Realizar o acolhimento da criança / adolescente / família no serviço de UP;
- Avaliar os conhecimentos da criança / adolescente / família sobre a cirurgia;
- Incentivar a criança / adolescente / família a verbalizar dúvidas e medos, permitindo uma comunicação expressiva de emoções e valorizando a exacerbação dos medos normais para a idade (Anexo I);
- Preparar para o processo peri-operatório utilizando estratégias de enfermagem gerais e específicas de gestão do medo (Anexo II), de acordo com as características da criança / adolescente / família.

Poderão ser explicados os seguintes aspetos:

- Circuito peri-operatório;
- Papéis desempenhados pelo enfermeiro, anestesista e cirurgião;
- Material que poderão encontrar no BO - Kit de material lúdico-terapêutico (Anexo III); Este Kit favorece o exercício da brincadeira lúdica com a criança e com os pais, permitindo a aquisição de mecanismos de adaptação ao medo, ansiedade e dor, potencialmente presentes no período pré-operatório;
- A pré-medicação anestésica que poderá ser dada à chegada ao BO, esclarecendo o objetivo e

<p>Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.</p> <p>Hospital de São Clemente</p> <p>Hospital Oncológico Santiago da Odiva</p>	<p>Procedimento de preparação para a cirurgia da criança/adolescente/família para a diminuição do medo</p> <p>Serviço de Urgência Pediátrica</p>	Data de entrada em vigor:	--/--/--
		Versão ##	--/--/--
		Próxima revisão:	--/--/--
		Cód. Documento:	PS.YYYY.00/ XXX.00

efeitos;

- As características do local onde irá acordar (Unidade de Cuidados Pós Anestésicos);
- Aspeto corporal ao acordar e o tipo de equipamento que poderá ter presente (cateter venoso periférico, elétrodos, sensor de oximetria, drenagem vesical, pensos, tala gessada, de acordo com a especificidade da cirurgia;

- Registrar na folha de enfermagem as intervenções realizadas (Anexo IV);
- Aplicar anestésico cutâneo (EMLA) 1 hora antes de ser chamado para o BO, referindo os efeitos benéficos deste (exceto se o utente já tiver cateter venoso periférico);
- Supervisionar o transporte da criança / adolescente / família até ao BO e apresentar-lhes o enfermeiro que os acolhe.

## 7. Anexos

Anexo I - Medos normais consoante a idade

Anexo II - Estratégias de enfermagem que visam a gestão do medo de acordo com a idade e desenvolvimento da criança

Anexo III - Kit de material lúdico-terapêutico

Anexo IV - Folha de registo de intervenções de enfermagem na gestão do medo do utente pediátrico no período pré-operatório

<p>Elaboração</p> <p>Enª Marta Bastos</p> <p>Enª Josefina Lopes</p>	<p>Revisão</p> <p>Enfermeiro Chefe</p>	<p>Ratificação</p> <p>Diretor do Serviço de Pediatria</p> <p>Data:</p>
---	--	--



### Anexo I - Medos normais consoante a idade

Durante a infância os processos de saúde-doença caracterizam-se por experiências de medo, associadas ao desconhecido, ao sofrimento, à dor e também às vivências relativas ao estágio de desenvolvimento da criança (Diogo et al., 2016).

Os medos normais da criança, em cada estágio de desenvolvimento, podem ficar exacerbados, o que requer uma atenção particular por parte dos profissionais (OE, 2011).

IDADE	CAUSAS MAIS FREQUENTES DE MEDOS NORMAIS
0-1 ANO	<ul style="list-style-type: none"><li>- Estímulos intensos e desconhecidos</li><li>- Sensação de desamparo, cair, perder apoio</li><li>- Situações imprevistas</li><li>- Pessoas estranhas</li></ul>
2-4 ANOS	<ul style="list-style-type: none"><li>- Separação dos pais / estar longe dos pais</li><li>- Mudanças do meio envolvente;</li><li>- Escuro, animais, máscaras</li></ul>
4-6 ANOS	<ul style="list-style-type: none"><li>- Escuro, bruxas, monstros, fantasmas, pessoas más</li><li>- Medo de se magoarem</li><li>- Separação dos pais, de ficar sozinho</li></ul>
6-9 ANOS	<ul style="list-style-type: none"><li>- Acidentes, lesão corporal, morte</li><li>- Separação dos pais</li><li>- Ambiente desconhecido</li><li>- De serem vigiadas</li><li>- Procedimentos dolorosos</li></ul>
9-12 ANOS	<ul style="list-style-type: none"><li>- Acidente, doença</li><li>- Mau rendimento escolar</li><li>- Conflito parental</li><li>- Impressiona-se pelo que vê e ouve.</li></ul>
12-18 ANOS	<ul style="list-style-type: none"><li>- Transformações do corpo, lesão corporal, morte</li><li>- Perda de contato com o grupo de amigos e consequente perda de status no grupo de pertença</li><li>- Perda de auto-estima</li></ul>

Fonte: Diogo et al. (2019); Hockenberry& Wilson (2014); Ordem dos Enfermeiros (2011)

## Anexo II – Estratégias dos enfermeiros de gestão do medo de acordo com a idade e desenvolvimento da criança

Cabe ao enfermeiro desenvolver estratégias de modo a promover à criança e família um cuidado humanizado, identificando e compreendendo os principais comportamentos esperados aquando da experiência de hospitalização para cirurgia de acordo com o seu estágio de desenvolvimento (Diogo et al., 2019).

Idade / características do desenvolvimento / reações ao stress / medos	Estratégias de enfermagem	
	Gerais	Específicas
<p><b>0 aos 12 meses – desenvolvimento da confiança e Pensamento Sensório-motor</b></p> <p><b>0-6 meses:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- O medo da separação dos pais é mínimo, não se verifica medo de estranhos</li> <li>- O bebé distingue o que é agradável do que é desagradável e reage com todo o corpo (chora e movimenta braços e pernas simultaneamente)</li> <li>- Dar resposta às suas necessidades permite desenvolver um sentimento de confiança entre si e nos outros</li> </ul> <p><b>6-12 meses:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- O medo da separação é máximo</li> <li>- Reconhece as pessoas do seu meio e afeiçoa-se de modo particular à mãe</li> <li>- A atenção do bebé dirige-se para objetos que se mexam, que tenham som ou brilho</li> </ul> <p>O bebé reage a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Separção</u>: choro, agarra-se aos pais.</li> <li>- <u>Lesão corporal e dor</u>: choro, rigidez ou agitação</li> <li>- <u>Perda de controlo</u>: desconfiança, alteração das expressões emocionais (choro e sorriso)</li> </ul> <p>É importante referir que a ansiedade e o medo dos pais são elevados</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fornecer informação aos pais sobre o que vai acontecer e como o bebé poderá reagir</li> <li>- Esclarecer dúvidas aos pais</li> <li>- Incentivar a presença dos pais</li> <li>- Manter os pais na linha de visão do bebé</li> <li>- Tocar e dar afeto</li> <li>- Usar objetos que tranquilizem e transmitam segurança ao bebé (fralda de pano, chupeta, boneco)</li> <li>- Realizar os procedimentos dolorosos fora do berço, em sala própria</li> <li>- Simular os procedimentos na mãe (por exemplo colocar touca, máscara e bata cirúrgica na mãe para que o bebé a visualize e a toque para que não se quebre a relação de confiança entre ambos)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover um ambiente seguro e afetivo</li> <li>- Envolver os pais nos cuidados</li> <li>- Usar medidas de conforto: mimos e colo</li> <li>- O olhar, o sorriso e as expressões faciais positivas transmitem confiança, reduzindo o medo e a ansiedade</li> <li>- Sucção não nutritiva proporciona sensação de prazer e ajuda a controlar o medo</li> <li>- Falar ou cantar suavemente</li> <li>- Embalar o bebé suavemente</li> <li>- Contenção dos movimentos de agitação no sentido de dar limite ao corpo proporcionando segurança e conforto</li> <li>- Toque terapêutico antes dos procedimentos invasivos (massagem)</li> <li>- Utilizar a distração (brinquedos com cores vivas, que produzam som, livros, filmes infantis);</li> <li>- Musicoterapia</li> </ul>

Idade / características do desenvolvimento / reações ao stress / medos	Estratégias de enfermagem	
	Gerais	Específicas
<p><b>1 aos 3 anos – desenvolvimento da autonomia e pensamento pré-operacional</b></p> <p>A criança apresenta medo e ansiedade à separação</p> <p>Tem capacidade para recordar mas não compreende as experiências hospitalares anteriores</p> <p>Fraca capacidade de suportar a frustração e reduzida capacidade de se expressar verbalmente</p> <p>Início do pensamento mágico e simbólico; Egocêntrico</p> <p>Tem prazer em imitar e repetir experiências. Repete o jogo com prazer</p> <p>É capaz de fazer associações simples de ideias</p> <p>A criança reage a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Separação</u>: chora e grita; agressão verbal a pessoas estranhas</li> <li>- <u>Perda de controlo</u>: regressão</li> <li>- <u>Lesão corporal e dor</u>: choro alto, resistência física, acessos de raiva, agressão física, não cooperação</li> </ul> <p>É importante referir que a ansiedade e o medo dos pais são elevados à separação</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fornecer informação aos pais sobre o que vai acontecer e como a criança poderá reagir</li> <li>- Esclarecer dúvidas aos pais</li> <li>- Incentivar a presença dos pais ou pessoa significativa</li> <li>- Encorajar a participação dos pais nos cuidados</li> <li>- Contenção dos movimentos de agitação no sentido de dar limite ao corpo e proporcionar conforto e segurança à criança</li> <li>- Desencorajar a regressão</li> <li>- Enfatizar a cooperação da criança com ordens simples e individuais</li> <li>- Estimular a autonomia nos cuidados corporais</li> <li>- Manter rotinas diárias nas atividades de vida</li> <li>- Procurar incluir a criança nas conversas</li> <li>- Manter os objetos ameaçadores fora do campo de visão</li> <li>- Explicar os procedimentos aos pais e criança, utilizando linguagem adequada à compreensão destes</li> <li>- Permitir o manuseamento do Kit de material lúdico-pedagógico</li> <li>- Estimular a participação nos procedimentos</li> <li>- Avisar quando terminar o procedimento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover um ambiente seguro e afetivo</li> <li>- Nutrir os cuidados: através do afeto, do carinho, da simpatia, do sorriso, da confiança, da positividade, da compreensão empática e do humor</li> <li>- Envolver os pais nos cuidados</li> <li>- Proporcionar a brincadeira lúdica</li> <li>- Modelagem (boneco não significativo)</li> <li>- Contar história: "O Diogo é operado" ou "As emoções de Gastão – estou com medo"</li> <li>- Distração: rimas, canções infantis, música adequada à idade, jogos, leituras</li> </ul>



Idade / características do desenvolvimento / reações ao stress / medos	Estratégias de enfermagem	
	Gerais	Específicas
<p><b>4 aos 6 anos – pensamento pré-operatório e intuitivo.</b>  <b>Desenvolvimento da iniciativa</b></p> <p>O medo e a ansiedade causam sentimentos de culpa; tolera mais facilmente a separação; percebe os procedimentos invasivos como uma punição, fantasiando medos irreais; preocupa-se com a integridade física.</p> <p><b>A criança reage:</b>  - <u>Separação</u>: protesto, desespero, agressão física e verbal, negação  - <u>Perda de controlo</u>: regressão  - <u>Lesão corporal e dor</u>: culpabilização, choro alto, gritos, verbalizações “ai”, “dói”, agarra-se aos pais / pessoa significativa / pais, enfermeiro, solicita suporte emocional (abraço, mimos)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fornecer informação aos pais sobre o que vai acontecer e como a criança poderá reagir</li> <li>- Esclarecer dúvidas aos pais</li> <li>- Incentivar a presença dos pais ou pessoa significativa</li> <li>- Esclarecer o porquê dos acontecimentos com linguagem neutra e adequada à compreensão da criança, sem levar a mesma a fazer interpretações erradas</li> <li>- Estimular a verbalização de ideias e sentimentos</li> <li>- Permitir o manuseamento do Kit de material lúdico-pedagógico, esclarecendo dúvidas e receios</li> <li>- Estimular a participação na tomada de decisões</li> <li>- Elogiar a ajuda na cooperação e nunca envergonhá-la pela falta de cooperação</li> <li>- Manter os objetos ameaçadores fora do campo de visão, excepto quando mostrados ou usados na criança</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover um ambiente seguro e afetuoso</li> <li>- Nutrir os cuidados: através do afeto, do carinho, da simpatia, do sorriso, da confiança, da positividade, da compreensão empática e do humor</li> <li>- Envolver os pais nos cuidados</li> <li>- Proporcionar a brincadeira lúdica</li> <li>- Modelagem (kit de material de preparação para a cirurgia)</li> <li>- Visualização de álbum de fotografias sobre o circuito peri-operatório</li> <li>- Distração: rimas, canções infantis, música adequada à idade, jogos</li> <li>- Terapia narrativa</li> <li>- Contrato comportamental: recompensa e elogio</li> </ul>



Idade / características do desenvolvimento / reações ao stress / medos	Estratégias de enfermagem	
	Gerais	Específicas
<p><b>7 aos 11 anos – pensamento concreto. Desenvolvimento da sensação de atividade.</b></p> <p>Facilidade em expressar os medos; tolera a separação e compreende as regras</p> <p>Capaz de lidar com vários aspetos da mesma situação e de solucionar problemas. Tem um raciocínio indutivo.</p> <p><b>A criança reage:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Separção</u>: pais e pares - protesto; medo de não serem capazes de competir com os pares nas atividades escolares.</li> <li>- <u>Perda de controlo</u>: dependência, solidão, isolamento, apatia, depressão, raiva, frustração, sono excessivo, hábitos televisivos excessivos.</li> <li>- <u>Lesão corporal e dor</u>: medo da incapacidade e da morte; medo de procedimentos na área genital (mutilação); aceitação passiva da dor; comunica acerca da dor; tentativa de adiar; rigidez; procura de informação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Explicar os motivos para os procedimentos</li> <li>- Explicar a função e o funcionamento do equipamento</li> <li>- Permitir o manuseamento do equipamento</li> <li>- Esclarecer dúvidas e questões</li> <li>- Solicitar a cooperação da criança</li> <li>- Incentivar a sua participação ativa nos cuidados</li> <li>- Reforçar a auto-estima</li> <li>- Estimular a realização de atividades lúdicas da sua preferência e que lhe proporcionem prazer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover um ambiente seguro e afetuoso</li> <li>- Nutrir os cuidados: através do afeto, do carinho, da simpatia, do sorriso, da confiança, da positividade, da compreensão empática e do humor</li> <li>- Proporcionar a brincadeira lúdica</li> <li>- Modelagem (kit de material de preparação para a cirurgia)</li> <li>- Visualização de álbum de fotografias sobre o circuito peri-operatório</li> <li>- Distração: música da preferência da criança, jogos</li> <li>- Posicionamento de conforto e ensinar técnicas de relaxamento (respiração lenta ou profunda)</li> <li>- Terapia narrativa</li> <li>- Contrato comportamental: recompensa e elogio</li> <li>- Ensinar estratégias de conforto: Auto-instrução ("vai correr bem") e pensamento positivo ("eu consigo controlar-me", "sou capaz")</li> </ul>

Idade / características do desenvolvimento / reações ao stress / medos	Estratégias de enfermagem	
	Gerais	Específicas
<p>12 aos 18 anos – pensamento concreto. Desenvolvimento da sensação de atividade.</p> <p>Medo da alteração da imagem corporal. Medo de perder o controlo. Medo da morte e da incapacidade.</p> <p>Pensamento operacional formal. É capaz de utilizar símbolos abstratos, formular hipóteses e testá-las.</p> <p>Esforço pela independência e identidade de grupo.</p> <p>Necessidade de informação, de conformidade, de dignidade, de privacidade e de espaços adequados ao nível de desenvolvimento.</p> <p>Desenvolvimento da sexualidade.</p> <p>O adolescente reage:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Separação</u>: pares –depressão, solidão e tédio.</li> <li>- <u>Perda de controlo</u>: rejeição, coloca em questão a adequação dos cuidados, pode demonstrar uma atitude de confiança excessiva.</li> <li>- <u>Lesão corporal e dor</u>: auto-controlo, auto-afirmação; coopera nos procedimentos; descreve experiências de dor e é capaz de usar os instrumentos de auto-avaliação da dor. Tensão muscular e controlo corporal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Garantir a privacidade</li> <li>- Envolver na tomada de decisões</li> <li>- Encorajar a expressão de sentimentos (medos, morte e incapacidade)</li> <li>- Explicar os procedimentos e as razões pelos quais são necessários</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover um ambiente seguro e afetuoso</li> <li>- Nutrir os cuidados: através do afeto, do carinho, da simpatia, do sorriso, da confiança, da positividade, da compreensão empática e do humor</li> <li>- Visualização de álbum de fotografias sobre o circuito peri-operatório</li> <li>- Distração: música da preferência do adolescente, jogos</li> <li>- Posicionamento de conforto e ensinar técnicas de relaxamento (respiração lenta ou profunda)</li> <li>- Ensinar estratégias de conforto: Auto-instrução ("vai correr bem") e pensamento positivo ("eu consigo controlar-me", "sou capaz")</li> </ul>

Fonte: Diogo (2019); Ordem dos Enfermeiros (2011)

### Anexo III - Kit de material lúdico-terapêutico

O Kit lúdico-terapêutico favorece o exercício da brincadeira lúdica com a criança e com os pais, permitindo a aquisição de mecanismos de adaptação ao medo, ansiedade e dor, potencialmente presentes no período pré-operatório (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Composição do Kit lúdico-terapêutico:

- Touca cirúrgica
  - Máscaras cirúrgicas
  - Máscara de ventilação
  - 1 par de luvas
  - Compressas
  - Bisnaga de anestésico tópico
  - Garrote
  - Cateter periférico Nº 24
- 
- Ligadura
  - Sistema de soro + balão de soro de 100ml
  - Seringa de 5ml
  - Penso operatório
  - Boneca
  - Monitor cardíaco (brinquedo)
  - Álbum do circuito do Bloco Operatório
  - Livros: "O Diogo é operado" e "As emoções de Gastão – estou com medo"





**Anexo IV - Registo de intervenções de enfermagem na gestão do medo do  
utente pediátrico no período pré-operatório**

VINHETA DO UTENTE	HORA ____:____ h	TURNO: M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	CIRURGIA PROPOSTA:
<b>DIAGNOSTICO DE ENFERMAGEM</b>		<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</b>	
<b>MEDO</b>  RESOLVIDO <input type="checkbox"/>  RESOLVIDO PARCIALMENTE <input type="checkbox"/>  MANTIDO <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Promover um ambiente seguro e afetuoso <input type="checkbox"/> Nutrir os cuidados (através do afeto, do carinho, da simpatia, do sorriso, da confiança, da positividade, da compreensão empática e do humor) <input type="checkbox"/> Incentivar a presença dos pais/pessoa significativa <input type="checkbox"/> Fornecer informação aos pais/pessoa significativa <input type="checkbox"/> Estimular a verbalização de ideias e sentimentos <input type="checkbox"/> Esclarecer dúvidas aos pais/pessoa significativa <input type="checkbox"/> Envolver os pais nos cuidados <input type="checkbox"/> Explicar a importância da cirurgia à criança/jovem/pais/pessoa significativa, utilizando linguagem adequada à compreensão destes <input type="checkbox"/> Permitir o manuseamento do Kit de material lúdico-terapêutico, esclarecendo dúvidas e receios <input type="checkbox"/> Proporcionar a brincadeira lúdica (através do kit de material lúdico-terapêutico) <input type="checkbox"/> Modelagem (em boneco não significativo ou através do kit de material lúdico-terapêutico) <input type="checkbox"/> Providenciar técnicas de distração: <input type="checkbox"/> Rimas <input type="checkbox"/> Canções infantis <input type="checkbox"/> Música adequada à idade <input type="checkbox"/> Jogos <input type="checkbox"/> Leituras <input type="checkbox"/> Elogiar a ajuda da criança/jovem na cooperação e nunca envergonhá-la pela falta de cooperação <input type="checkbox"/> Manter os objetos ameaçadores fora do campo de visão, exceto quando mostrados ou usados na criança/jovem <input type="checkbox"/> Visualização de álbum de fotografias sobre o circuito peri-operatório <input type="checkbox"/> Terapia narrativa <input type="checkbox"/> Instruir técnicas de relaxamento (respiração lenta ou profunda) <input type="checkbox"/> Ensinar estratégias de conforto: <input type="checkbox"/> Auto-instrução ("vai correr bem") <input type="checkbox"/> Pensamento positivo ("eu consigo controlar-me", "sou capaz")	

Fonte: Diogo (2017); Ordem dos Enfermeiros (2011)

Assinatura \_\_\_\_\_

### **Apêndice XIII - Kit Lúdico Terapêutico (Serviço de Urgência)**

## Kit de material lúdico-terapêutico

O Kit lúdico-terapêutico favorece o exercício da brincadeira lúdica com a criança e com os pais, permitindo a aquisição de mecanismos de adaptação ao medo, ansiedade e dor, potencialmente presentes no período pré-operatório (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Composição do Kit lúdico-terapêutico:

- Touca cirúrgica
- Máscaras cirúrgicas
- Máscara de ventilação
- 1 Par de luvas
- Compressas
- Bisnaga de anestésico tópico
- Garrote
- Cateter periférico Nº 24
- Ligadura
- Sistema de soro + balão de soro de 100ml
- Seringa de 5ml
- Penso operatório
- Boneca
- Monitor cardíaco (brinquedo)
- Álbum do circuito do Bloco Operatório
- Livros: "O Diogo é operado" e "As emoções de Gastão – estou com medo"



**Apêndice XIV** – Folha de Registo de intervenções de enfermagem na gestão do medo da criança/jovem e família no período pré-operatório

VINHETA DO UTENTE	HORA ____:____ h	TURNO: M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	CIRURGIA PROPOSTA:
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM		INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	
<b>MEDO</b> RESOLVIDO <input type="checkbox"/> RESOLVIDO PARCIALMENTE <input type="checkbox"/> MANTIDO <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Promover um ambiente seguro e afetivo <input type="checkbox"/> Nutrir os cuidados (através do afeto, do carinho, da simpatia, do sorriso, da confiança, da positividade, da compreensão empática e do humor) <input type="checkbox"/> Incentivar a presença dos pais/pessoa significativa <input type="checkbox"/> Fornecer informação aos pais/pessoa significativa <input type="checkbox"/> Estimular a verbalização de ideias e sentimentos <input type="checkbox"/> Esclarecer dúvidas aos pais/pessoa significativa <input type="checkbox"/> Envolver os pais nos cuidados <input type="checkbox"/> Explicar a importância da cirurgia à criança/jovem/pais/pessoa significativa, utilizando linguagem adequada à compreensão destes <input type="checkbox"/> Permitir o manuseamento do Kit de material lúdico-terapêutico, esclarecendo dúvidas e receios <input type="checkbox"/> Proporcionar a brincadeira lúdica (através do kit de material lúdico-terapêutico) <input type="checkbox"/> Modelagem (em boneco não significativo ou através do kit de material lúdico-terapêutico) <input type="checkbox"/> Providenciar técnicas de distração: <input type="checkbox"/> Rimas <input type="checkbox"/> Canções infantis <input type="checkbox"/> Música adequada à idade <input type="checkbox"/> Jogos <input type="checkbox"/> Leituras <input type="checkbox"/> Elogiar a ajuda da criança/jovem na cooperação e nunca envergonhá-la pela falta de cooperação <input type="checkbox"/> Manter os objetos ameaçadores fora do campo de visão, exceto quando mostrados ou usados na criança/jovem <input type="checkbox"/> Visualização de álbum de fotografias sobre o circuito peri-operatório <input type="checkbox"/> Terapia narrativa <input type="checkbox"/> Instruir técnicas de relaxamento (respiração lenta ou profunda) <input type="checkbox"/> Ensinar estratégias de conforto: <input type="checkbox"/> Auto-instrução ("vai correr bem") <input type="checkbox"/> Pensamento positivo ("eu consigo controlar-me", "sou capaz")	

Fonte: Diogo (2017); Ordem dos Enfermeiros (2011)

Assinatura: \_\_\_\_\_



**Apêndice XV** – Poster Científico “Trabalho Emocional em Enfermagem  
Pediátrica: Gestão do medo da criança em contexto de cirurgia de  
urgência”

# Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: Gestão do Medo da Criança em contexto de Cirurgia de Urgência

BASTOS, Maria<sup>1</sup>; PENA, Isabel<sup>2</sup> 1- Enfermeira no Bloco Operatório Central do Centro Hospitalar de Setúbal; 2- Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria no Bloco Operatório Central do Centro Hospitalar de Setúbal

## OBJETIVOS

- Identificar o medo da criança em contexto de cirurgia de urgência;
- Enumerar as intervenções de enfermagem na gestão do medo;
- Evidenciar a importância do Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica.

## INTRODUÇÃO

A hospitalização e a cirurgia constituem uma fase crítica na vida da criança e família, que potenciam a experiência de emoções negativas como o medo, originando experiências traumáticas para a mesma, com efeitos psicológicos duradouros (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

## METODOLOGIA

Foi realizada pesquisa em bases de dados científicas e outras fontes (não exaustiva) obtendo-se artigos, livros e diretrizes com referência ao tópico de interesse, e englobando literatura científica e cinzenta; seguindo-se a seleção e análise crítica da literatura. As ferramentas eletrónicas de pesquisa foram: **GOOGLE** e **GOOGLE SCHOLAR**.

## O MEDO DA CRIANÇA EM CONTEXTO DE CIRURGIA DE URGÊNCIA

Durante a infância, os processos de saúde-doença caracterizam-se por experiências de medo, associadas ao desconhecido, ao sofrimento, à dor e também às vivências relativas ao estágio de desenvolvimento da criança (Diogo et al., 2016).

O medo é um estado emocional caracterizado por sensações desagradáveis, de apreensão ou tensão, sempre acompanhado por reações fisiológicas intensas (Diogo et al., 2016). Citando Damásio (2017, p. 157), "as emoções negativas estão associadas a estados fisiológicos distintos, todos eles problemáticos do ponto de vista da saúde e do bem-estar futuros".

Os procedimentos cirúrgicos têm como finalidade promover a cura e/ou melhorar a qualidade de vida, contudo desencadeiam medo na criança e sua família (Ordem dos Enfermeiros, 2011).



- AMBIENTE / EQUIPAMENTO ESTRANHO E AMEAÇADOR
- PESSOAS DESCONHECIDAS



- SEPARAÇÃO DAS FIGURAS SECURIZANTES
- PERDA DE AUTONOMIA
- ALTERAÇÃO DO BEM-ESTAR FÍSICO E PSICOLÓGICO



- ACORDAR DURANTE A CIRURGIA
- DOR
- NÃO ACORDAR APÓS A ANESTESIA
- NÃO RECUPERAR TOTALMENTE
- MORTE

(Hockenberry & Wilson, 2014; Diogo et al., 2016; Oliveira, 2018)

## GESTÃO DO MEDO DA CRIANÇA EM CONTEXTO DE CIRURGIA DE URGÊNCIA

A gestão do medo da criança está inerente à intervenção terapêutica de enfermagem, na qual a experiência do enfermeiro surge como essencial para mobilizar estratégias que podem ajudar a reduzir o medo e aumentar a segurança e o controlo sobre a situação, e assim ajudar na gestão de situações emocionalmente intensas (Diogo, 2019).



Carro elétrico para transporte de crianças no Bloco Operatório do CHS

Brincar  
Distração  
Música  
Humor  
Jogo

Promover um ambiente seguro e afetivo

Facilitar a gestão das emoções do cliente

**INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NA GESTÃO DO MEDO**

Construir a estabilidade na relação

Nutrir os cuidados com afeto

Sorriso  
Simpatia  
Carinho  
Confiança  
Empatia



Cuidar em Enfermagem Pediátrica

Adaptado do Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica – Modelo TEEP (Diogo, 2015, 2019)

## CONCLUSÃO

Os enfermeiros, enquanto gestores emocionais, ajudam a gerir os medos das crianças e família através de estratégias confortantes, calmas e de lazer, privilegiando o envolvimento e a presença dos pais, num processo de cuidados humanizado e afetivo, com intervenções que minimizam o desconforto e o sofrimento físico e emocional (Diogo et al, 2016), cuja intencionalidade terapêutica é promover o bem-estar e o superior interesse da criança.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Damasio, A. (2017). A Estranha Ordem das Coisas – A Vida, os Sentimentos e as Culturas Humanas. Lisboa: Círculo de Leitores; Diogo, P.(2019). Trabalho emocional em enfermagem pediátrica: um modelo orientador de prática, 2ª versão revista, ResearchGate, 1-19. Doi: 10.13140/RG.2.2.19091.31520; Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., Almeida, T. (2018). Os medos das crianças em contexto de Urgência Pediátrica: O enfermeiro enquanto gestor emocional. *Pesquisa Enfermagem*, 30 (2), 20-47; Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., Almeida, T. (2015) Jun. *Enfermeiros com competência emocional na gestão dos medos de crianças em contexto de urgência*. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 13), 45-51. Acedido em: 24-01-2020. Disponível em: <http://www.scielo.org/pt/journal/rpsm/abstract/abstract13114521>; Hockenberry, Marilyn J. & Wilson, David (2014). *Wong: Enfermagem de Criança e do adolescente* (9ª ed.). Lousa: Lusodência; Oliveira, H.F.J., Carliho, G.A.T., Mendes, S.M.R. (2018 Mar). A Gestão da Criança/Família sobre a preparação pré-operatória realizada pela equipa de enfermagem. Acedido em: 22-05-2019. Disponível em: <https://www.nurios.pt/a-safefcare-da-crianca-e-familia-sobre-a-preparacao-pre-operatoria-realizada-pela-equipa-de-enfermagem>; Ordem dos Enfermeiros (2011). *Guia Orientadora de Boas Práticas Em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria*. In: Cadernos, Série I, N.º 3, Volume 2. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido: 23-01-2020. Disponível em: [http://www.odenfermeiros.pt/publicacoes/Documentos/CadernosCE\\_GuiaOrientadoraPraticasCEEP\\_Vol1.pdf](http://www.odenfermeiros.pt/publicacoes/Documentos/CadernosCE_GuiaOrientadoraPraticasCEEP_Vol1.pdf)

**Apêndice XVI** – Poster Científico “O medo da criança em contexto de  
cirurgia urgente: Enfermeiro enquanto gestor emocional”



# O MEDO DA CRIANÇA EM CONTEXTO DE CIRURGIA URGENTE: ENFERMEIRO ENQUANTO GESTOR EMOCIONAL

BASTOS, Maria<sup>1</sup>; PENA, Isabel<sup>2</sup> 1- Enfermeira no Bloco Operatório Central do Centro Hospitalar de Setúbal; 2- Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica no Bloco Operatório Central do Centro Hospitalar de Setúbal

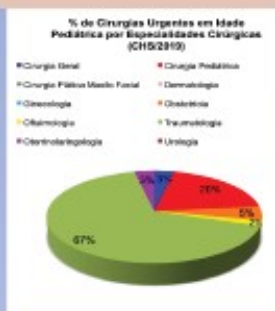
## OBJETIVOS

- Identificar o medo da criança em contexto de cirurgia urgente;
- Reconhecer o papel do enfermeiro enquanto gestor emocional;
- Referir as intervenções de enfermagem na gestão do medo.

## INTRODUÇÃO

A hospitalização e a cirurgia constituem uma fase crítica na vida da criança e família, que potenciam a experiência de emoções negativas como o medo, originando experiências traumáticas para a mesma, com efeitos psicológicos duradouros (Ordem dos Enfermeiros, 2011). No ano 2019 foram realizadas 60 intervenções cirúrgicas urgentes em idade pediátrica no Centro Hospitalar de Setúbal.

% de Cirurgias Urgentes em Idade Pediátrica por Especialidades Cirúrgicas realizadas no CHS em 2019  
Fonte: Gabinete de Estatística do CHS



## METODOLOGIA

Realizada pesquisa em bases de dados científicas e outras fontes (não exaustiva) obtendo-se artigos, livros e diretrizes com referência ao tópico de interesse, e englobando literatura científica e cinzenta; seguindo-se a seleção e análise crítica da literatura. As ferramentas eletrónicas de pesquisa foram Scielo, ResearchGate, Ordem dos Enfermeiros.

## O MEDO DA CRIANÇA EM CONTEXTO DE CIRURGIA DE URGÊNCIA

Durante a infância, os processos de saúde-doença caracterizam-se por experiências de medo, associadas ao desconhecido, ao sofrimento, à dor e também às vivências relativas ao estágio de desenvolvimento da criança (Diogo et al., 2016).

O medo é um estado emocional caracterizado por sensações desagradáveis, de apreensão ou tensão, sempre acompanhado por reações fisiológicas intensas (Diogo et al., 2016).

Os procedimentos cirúrgicos têm como finalidade promover a cura e/ou melhorar a qualidade de vida, no entanto desencadeiam medo na criança e família (Ordem dos Enfermeiros, 2011).



- AMBIENTE / EQUIPAMENTO ESTRANHO E AMEAÇADOR
- EQUIPA MULTIDISCIPLINAR DESCONHECIDA



- SEPARAÇÃO DAS FIGURAS SECURIZANTES
- PERDA DE AUTONOMIA
- ALTERAÇÃO DO BEM-ESTAR FÍSICO E PSICOLÓGICO



- ACORDAR DURANTE A CIRURGIA
- DOR
- NÃO ACORDAR APÓS A ANESTESIA
- NÃO RECUPERAR TOTALMENTE
- MORTE

(Hockenberry & Wilson, 2014; Diogo et al., 2016; Oliveira, 2018)

## O ENFERMEIRO ENQUANTO GESTOR EMOCIONAL

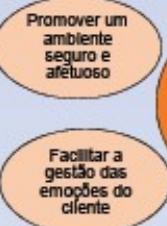
A gestão do medo da criança está inerente à intervenção terapêutica de enfermagem, na qual a experiência do enfermeiro surge como essencial para mobilizar estratégias que podem ajudar a reduzir o medo e aumentar a segurança e o controlo sobre a situação, e assim ajudar na gestão de situações emocionalmente intensas (Diogo et al., 2017).



Carro elétrico para transporte de crianças no Bloco Operatório do CHS



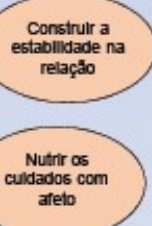
Kit lúdico-terapêutico



Promover um ambiente seguro e afetivo



Intervenção de enfermagem na gestão do medo



Construir a estabilidade na relação



Brincar, Distração, Jogo, Humor



Sorrir, Empatia, Carinho, Confiança

Adaptado do Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica – Modelo TEEP (Diogo, 2015, 2019)

(Diogo, 2019; Hockenberry & Wilson, 2014)

## CONCLUSÃO

O enfermeiro, enquanto gestor emocional, ajuda a gerir o medo da criança e família através de estratégias confortantes, calmas e de lazer, privilegiando o envolvimento e a presença dos pais, num processo de cuidados humanizado e afetivo, com intervenções que minimizam o desconforto e o sofrimento físico e emocional (Diogo et al., 2016).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Diogo, P. (2019). Trabalho emocional em enfermagem pediátrica: um modelo orientador de prática, 2ª edição revista. ResearchGate, 1-18. Doi: 10.13104/RG.2.2.19091.31538; Diogo, P., Vilela, J., Rodrigues, L., Almeida, T. (2018). Os medos das crianças em contexto de Urgência Pediátrica: O enfermeiro enquanto gestor emocional. *Pensar Enfermagem*, 20 (2), 26-47; Diogo, P., Vilela, J., Rodrigues, L., Almeida, T. (2015 Jun). Enfermeiros com competência emocional na gestão dos medos de crianças em contexto de urgência. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (13), 43-51. Acessado em: 24-01-2020. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/271603700\\_Enfermeiros\\_com\\_competencia\\_emocional\\_na\\_gestao\\_dos\\_medos\\_de\\_crianças\\_em\\_contexto\\_de\\_urgência](https://www.researchgate.net/publication/271603700_Enfermeiros_com_competencia_emocional_na_gestao_dos_medos_de_crianças_em_contexto_de_urgência); Hockenberry, Marilyn J. & Wilson, David (2014). *Wong: Enfermagem de Criança e do adolescente* (9ª ed.). Lúres: Lusosáude. Oliveira, M.F.M., Pereira, S.A.T., Mendes, S.M.R. (2018 Mar). A Satisfação da Criança/Família sobre a preparação pré-operatória realizada pela equipa de enfermagem. Acessado em: 22-05-2019. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/325444440\\_A\\_satisfação\\_da\\_criança\\_família\\_sobre\\_a\\_preparação\\_pré-operatória\\_realizada\\_pela\\_equipa\\_de\\_enfermagem](https://www.researchgate.net/publication/325444440_A_satisfação_da_criança_família_sobre_a_preparação_pré-operatória_realizada_pela_equipa_de_enfermagem); Ordem dos Enfermeiros (2011). *Guia Orientadora de Boas Práticas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. In: Cadernos, Série I, N.º, Volume 2. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acessado: 25-01-2020. Disponível em: [http://www.ordenenfermeiros.pt/publicacoes/Documentos/CadernosCEI\\_GuiaOrientadoraBoasPraticasCEIP\\_Vol02.pdf](http://www.ordenenfermeiros.pt/publicacoes/Documentos/CadernosCEI_GuiaOrientadoraBoasPraticasCEIP_Vol02.pdf)

## **Apêndice XVII – Jornal de Aprendizagem**



ESCOLA SUPERIOR DE  
ENFERMAGEM DE LISBOA

10º Curso de Mestrado em Enfermagem  
na Área de Especialização de Enfermagem  
de Saúde Infantil e Pediatria

Unidade Curricular: Estágio com  
Relatório

## **Jornal de Aprendizagem**

Vacinação

Discente:

Marta Filipa Dias Bastos, N.º: 8913

Docente:

Profª Doutora Paula Diogo

Lisboa

Janeiro de 2020

A descrição e a reflexão do conhecimento prático torna-se fundamental no desenvolvimento da profissão de enfermagem. De acordo com Santos (2004), “a Prática Reflexiva tem vindo a constituir-se como um importante meio de capacitação dos estudantes e profissionais de enfermagem na aquisição de um profundo conhecimento dos seus saberes e suas práticas” (p.59). Deste modo, a prática reflexiva consiste numa importante ferramenta à qual, tanto os estudantes como os profissionais recorrem para refletirem sobre as suas intervenções de enfermagem e no impacto que estas têm sobre o outro. Isto de forma a reavaliarem a maneira como as intervenções poderão ser melhoradas, com o principal objetivo de aperfeiçoarem as suas práticas de cuidados e consolidarem as suas aprendizagens.

Aquando da realização do estágio na área dos cuidados de saúde primários, considerei importante descrever e refletir sobre o meu desempenho profissional durante a realização da vacinação a uma criança com 18 meses. Para a elaboração deste jornal de aprendizagem, utilizei como referência o Ciclo de Gibbs (Jasper, 2003) que é composto por seis etapas que orientam o processo reflexivo, sendo essas: descrição, sentimentos, avaliação, análise, conclusão e planeamento da ação.

**Descrição:** A situação ocorreu no 4º dia do estágio acima referido. Estava no gabinete de vacinação acompanhada da enfermeira especialista em enfermagem de saúde infantil e pediatria. Na sala de espera estava uma criança para a realização de vacinação. Combinei com a enfermeira que me estava a acompanhar para ser eu a realizar a vacinação de forma autónoma. Antes de chamar a criança em questão, consultei a sua ficha informática de modo a ver qual era o seu nome, a sua idade, que era de 18 meses, e qual a vacina que lhe iria administrar de acordo com as recomendações do Programa Nacional de Vacinação 2017. Depois desta verificação, dirigi-me ao frigorífico onde se encontram armazenadas as vacinas e retirei a que iria ser administrada à criança. Depois fui à sala de espera chamar o menino G. que estava na companhia da sua mãe. Chamei-o pelo seu nome, apresentei-me com simpatia e um sorriso na cara, ao qual a criança correspondeu, sorrindo para mim timidamente, sempre agarrado à perna da mãe. Depois acompanharam-me até ao gabinete de vacinação. Este está decorado com alguns cartazes infantis, para os quais a criança começou a olhar. Eu comecei a falar com a mãe, primeiro para confirmar o que tinham vindo fazer ao centro de saúde, depois

questionei a mãe para saber se havia algum impedimento para a realização da vacinação, alguma alteração do estado de saúde do seu filho. Depois de colocadas estas questões, esclareci a mãe em termos de cuidados a ter após a vacinação e quais os efeitos secundários esperados. Depois de estar tudo compreendido comecei a preparar a vacina para a sua administração e preenchi o boletim de vacinação da criança. Neste momento o menino G. começou a olhar seriamente para mim, com alguma desconfiança e medo. Eu pedi à mãe para se sentar na cadeira do gabinete, com o seu filho ao colo, explicando o posicionamento correto para que eu pudesse administrar a vacina de forma eficaz. Depois baixei-me ao nível dos olhos do menino G. e perguntei-lhe se ele queria ver a minha caneta mágica, ao qual me respondeu afirmativamente com a cabeça. Então eu mostrei-lhe a minha caneta especial do Pai Natal com uma luz, que se acende e apaga, demonstrando-lhe como se faz. A criança ficou entusiasmada com a caneta e começou logo a acender e apagar a dita luz. Eu aproveitei este momento lúdico, de distração e brincadeira para rapidamente lhe administrar a vacina. O menino olhou para mim, sem se ter apercebido do que aconteceu e nem chorou. Coloquei-lhe um pequeno penso de proteção e pedi para aguardarem 20 minutos na sala de espera, por precaução. A mãe agradeceu-me e estava visivelmente contente pelo seu filho não ter chorado.

**Sentimentos:** Posso referir que senti-me inundada de sentimentos positivos como felicidade, alegria, satisfação, contentamento e mesmo entusiasmo por ter conseguido administrar uma vacina sem que a criança chorasse.

**Avaliação:** Este acontecimento teve um desfecho favorável para a mim, para a mãe e principalmente para a criança. Isto porque, enquanto profissional consegui utilizar e pôr em prática estratégias de enfermagem que ajudaram a criança a ultrapassar o medo e que desanuviaram o momento de stress que acarreta a própria vacinação. Para a mãe, pois enquanto parceira de cuidados, conseguiu, após as minhas indicações, posicionar e segurar o seu filho de forma adequada e correta para eu poder administrar a vacina. Principalmente para a criança, pois esta estava tão entretida a brincar com a caneta que nem se apercebeu da situação e nem chorou. Ou seja, este momento de vacinação para a criança não foi traumático. No final do procedimento a mãe estava visivelmente contente pelo seu filho não ter chorado.



**Análise:** Visto que a criança me olhou com desconfiança e medo, enquanto futura enfermeira especialista eu teria que adotar estratégias adequadas para este menino, de modo a que a vacinação ocorresse de forma tranquila. Segundo Diogo et al. (2016), o enfermeiro deve desenvolver estratégias de modo a promover à criança e família um cuidado humanizado, identificando e compreendendo os principais comportamentos esperados de acordo com o seu estágio de desenvolvimento. Ora de acordo com o estágio de desenvolvimento desta criança, 18 meses, as intervenções mais importantes que eu considerei utilizar para esta situação específica foram: a distração e o brincar, mas também o sorriso e a simpatia. Para justificar também estas intervenções posso referir que a Ordem dos Enfermeiros (2011) menciona que o enfermeiro assume a responsabilidade de implementar um conjunto de estratégias para lidar ou enfrentar uma situação desconhecida, sendo a forma mais adequada de diminuir a ansiedade e desmistificar medos.

Também coloquei em prática o conceito da parceria de cuidados com a mãe da criança, que após as minhas indicações, posicionou e segurou o seu filho de forma adequada e correta para eu poder administrar a vacina. Visto que a mãe é um dos pilares mais importantes na vida da criança, esta também lhe transmitiu confiança e tranquilidade. Assim, enquanto futura enfermeira especialista, ao reconhecer a família como constante na vida da criança, está a ser facilitada a colaboração entre os pais/cuidador e o enfermeiro. Segundo Smith et al. (2006, p.78), os Cuidados Centrados na Família têm como alvo de cuidados a criança e família e baseiam-se no “suporte profissional à criança e família através de um processo de envolvimento, participação e parceria, alicerçados na capacitação das famílias e na negociação dos cuidados”. Também considero importante referir que na área da pediatria, para além da otimização do bem-estar da criança, este só é possível com o envolvimento da família, pois a díade criança/família constitui o eixo dos cuidados, numa lógica de cuidar tendo em conta não só a singularidade da criança e da família, mas também as múltiplas dimensões do Cuidar Humano (Watson, 2002, 2005, 2012).

**Conclusão:** Esta situação foi bastante positiva, tanto para mim, como para a criança e para a sua mãe. No final da vacinação eu estava muito satisfeita da minha conduta enquanto futura enfermeira especialista, tendo conseguido aplicar estratégias e mobilizados conceitos base em enfermagem pediátrica. A criança não

chorou e continuou a brincar e a mãe agradeceu-me, encontrando-se satisfeita com o desfecho bem sucedido da situação.

**Planeamento da ação:** em situações futuras de vacinação irei sempre utilizar estratégias adequadas à idade e desenvolvimento cognitivo da criança. Apoiar-me na parceria de cuidados e cuidados centrados na família e criança com o principal objetivo de promover o bem-estar desta, de forma a que o momento de vacinação seja uma situação o menos traumática possível.

#### Bibliografia:

- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., Almeida, T. (2016). Os medos das crianças em contexto de Urgência Pediátrica: O enfermeiro enquanto gestor emocional. *Pensar Enfermagem*, 20 (2), 26-47.

- Jasper, M. (2003). *Beginning Reflexive Practice*. Cheltenham UK: Nelson Thornes.

- Santos, E.; Fernandes, A. (2004) – Prática Reflexiva: Guia para a Reflexão Estruturada. *Revista Referência*, nº 11, pp 59-62.

- Smith, L., Coleman, V., & Bradshaw, M. (2006). *Family-centred care*. In Glasper, A., & Richardson, J. (Coords). *A text book of children's and young people's nursing* (pp.77-87). Londres: Elsevier.

- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar. Uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.

- Watson, J. (2005). *Caring Science as Sacred Science*. Philadelphia: F. A. Davis Company.

- Watson, J. (2012). *Human Caring Science: A Theory of Nursing (2nd ed.)*. London: Jones and Bartlett Learning, LLC.

## **Apêndice XVIII – Guião de Entrevista Semiestruturada**

## GUIÃO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

1. Explicação sumária do projeto em desenvolvimento

2. Objetivo que pretendo atingir

3. Questões a serem abordadas:

- Quais os medos mais frequentes dos pais das crianças com necessidades especiais (hiperatividade e défice de atenção, atraso de desenvolvimento, doença rara)?

---

---

---

- Quais os medos mais frequentes manifestados pela própria criança com necessidades especiais?

---

---

---

- Quais são as principais intervenções de enfermagem utilizadas na gestão do medo dos pais?

---

---

---

- Quais são as principais intervenções de enfermagem utilizadas na gestão do medo das crianças?

---

---

---

**ANEXOS**

**Anexo I – Declaração de formador de Formação em Serviço**

## Declaração

Para os devidos efeitos e a pedido da interessada, declara-se que **Marta Filipa Dias Bastos** preletou na seguinte ação de formação em serviço:

- **Cuidar da criança e família em pré-operatório: Intervenção de enfermagem na gestão do medo**, decorrido no dia 27/11/2019, com a duração de 1 hora.

Setúbal, 12 de fevereiro de 2020

?

A Responsável do Serviço de Gestão da Formação

CENTRO HOSPITALAR DE SETÚBAL, E.P.E.  
HOSPITAL S. BERNARDO  
HOSPITAL INFANTIL DO SANTO ESPÍRITO  
Rua Carlos Castelar, 1000  
2610-445 SETÚBAL  
Contacto: 262 800 740

Marta Paula Rodrigues

**Anexo II** – Certificado de apresentação de Poster Científico nas  
2<sup>as</sup> Jornadas “Emoções em Saúde”



2<sup>as</sup>

# JORNADAS “EMOÇÕES EM SAÚDE” ui&de/ESEL

LISBOA | 4-5 MARÇO 2020



*Emoções, Afeto e Promoção da Saúde...*

Certifica-se que

*Marta Bastos*

apresentou o poster “Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: Gestão do Medo da Criança em contexto de Cirurgia de Urgência” nas 2.<sup>as</sup> Jornadas ‘Emoções em Saúde’ da ui&de/ESEL, subordinado ao tema “Emoções, Afeto e Promoção da Saúde”.

O trabalho apresentado foi realizado em coautoria com Isabel Pena.

*Paula Paula Jorge Diogo*

Professora Doutora Paula Diogo  
Coordenadora da Área de Investigação “Emoções em Saúde”

APOIO

FCT

Fundação  
para a Ciência  
e a Tecnologia



Pensar  
Enfermagem



ORGANIZAÇÃO

ESEL



PATROCÍNIO



LUSODIDACTA

**Anexo III – Certificado de participação nas 2<sup>as</sup> Jornadas “Emoções em  
Saúde”**

# 2<sup>as</sup>

## JORNADAS “EMOÇÕES EM SAÚDE” ui&de/ESEL

LISBOA | 4-5 MARÇO 2020



*Emoções, Afeto e Promoção da Saúde...*

Certifica-se que

*Marta Filipa Dias Bastos*

participou nas 2.<sup>as</sup> Jornadas ‘Emoções em Saúde’ da ui&de/ESEL, subordinado ao tema “Emoções, Afeto e Promoção da Saúde”.

O evento, acreditado e creditado pela Ordem dos Enfermeiros, teve lugar na ESEL - Polo Artur Ravara, nos dias 04 e 05 de março de 2020, com uma duração total de 16h30 horas, correspondentes a **0,7 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP)**.

Professora Doutora Paula Diogo  
Coordenadora da Área de Investigação “Emoções em Saúde”

APOIO

**FCT** Fundação para a Ciência e a Tecnologia



Pensar Enfermagem



ORGANIZAÇÃO

**ESEL** Escola Superior de Enfermagem de Lisboa



PATROCÍNIO



**LUSODIGITAL**

**Anexo IV** – Documento comprovativo de adiamento de apresentação de  
Poster científico nas Jornadas de Urgência / Emergência em Pediatria:  
Cuidar de Excelência



**ASSUNTO: Comunicado de adiamento das jornadas**

Exmo. Preletor da Comunicação Livre ou Preletor do *Poster*

Vimos por este meio informar que tendo em conta o impacto do vírus COVID-19 a nível mundial e os casos confirmados em Portugal, iremos cumprir o plano de contingência do Centro Hospitalar de Setúbal, EPE, baseado nas orientações da Direcção-Geral da Saúde que nos impossibilita a realização das jornadas supracitadas.

A nossa preocupação, como enfermeiros, prende-se com salvaguarda da saúde e o interesse com o público, e obviamente a contenção da propagação do COVID-19.

Neste contexto, pedimos desculpa a todos no entanto, reforçamos que o motivo não poderia ter sido acautelado. Conscientes da pertinência deste evento, comprovado pelo número de inscrições que recebemos, as comissões, organizadora e científica conseguiram o adiamento do evento para 26 e 27 de Outubro 2020 a realizar, no mesmo local.

Informamos que a sua Comunicação Livre/Poster se mantém aceite bem como a sua preleção no evento.

Agradecemos a compreensão e pedimos desculpa pelo incómodo.

A comissão científica encontra-se disponível para qualquer esclarecimento.

Atenciosamente  
Com os melhores cumprimentos  
A comissão organizadora

**Pelos Presidentes**

**Rute Trigo**

**Francisco Vaz**

SEDE: Unidade de Urgência Pediátrica, Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E.  
Rua Camilo Castelo Branco 2910-446 Setúbal, PORTUGAL  
TEL + 351 265 549 000 EXT: 6031 E-MAIL: [urgpedjornadas2020@gmail.com](mailto:urgpedjornadas2020@gmail.com)